ANAIS PAULISTAS DE

MEDICINA E CIRURGIA

VOLUME LXXX

N.º 1

Julho de 1960

Redecãos



SANATÓRIO SÃO LUCAS

Neste número:

	Trafialites Originals:	Чg.
	Pienica de apendicaciomia - De, Eurico Branco Riverso	58
	A respensebilidade professional do anestesista Ist. Arronso Ranaro Mana	
	Produção BiAdica de São Paulor Ameriação Paulista de Medicina Centre Médico de Ribeirão Preto	3 25
	sociedade Médica São Lucas	
۲.	Impressa Médica de São Paulo: Sumário dos últimos números	
	Vida Médica de São Paulo:	
	Associação dos antigos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	
	Departamento de Profilazia da Lepra	
	Necrologio	
	area di la companya de Dadiologia	44
	I Congresso Littine Americano da Frantologia	
	Residência em Otarrinolaringología Associação dos Laboratórios Mead Johnson e Endochimica	
	Separatzs e folhetos recebidos	
	Boletim do Sasatório São Lucas:	
	Mixems de ordrie - Dr. WALDEMAR MACHADO	
	O VI Congresso Brazileiro de Cirurgiões — Drs. Eurico Baanco Ruarmo e Paulo C. Baessan	
	Semesterio São Larres - Reuniões do Corpo Medico	
	O Sanusério São Lucas em 1959 - Exame Radiológicos mali-	

DIRETOR: Dm. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rus Phrapitingui, 20 - Caixe Fostal 1.574 - São Paulo, Brasil

MEPRO

Formula

Meprobam	ato		 	0,400	g.
Vitamina 1				0,010	g.
Reserpina			 	0,0001	g.
Excipiente	q.	s. p.	 	0,500	2

INDICAÇÕES

- Como relaxante muscular
- Agente tranquilizador
- Estados ansiosos e tensionais
- Alcoolismo
- Medicação sedativa.

MODO DE USAR:

2 a 4 comprimidos ao dia, ou como determinar o médico

(Venda sab prescrição médios)

Licenc. pelo S. N. F. M. sob N.º 841/57

Farm. M. P. LANGORI

GLUCOSSARA

Edwards.

THE RESERVE OF THE PARTY OF THE		
Vitamina C	0,500	8
Vitamina B,	0,100	g
Vitamina Ba	0,050	E
Glicocola	0,050	g
Sol, glicosada a 30% q. s. p.	10,00	CENT

INDICAÇÕES

- Medicação tônica
- Estados tóxicos ou tóxico infecciosos
- Hipovitaminoses
- Desnutrição
- Convalescença
- Afecções hepáticas

MODO DE TRAB:

1 a 2 ampôlas diàriamente por via endovenosa, ou segundo a indicação médica.

(Venda sob receita médica)

Licene, pelo S. N. F. M. seb N.º 825/41

Form. M. P. LANSON

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA 6 CIA.

Rua Tabatinguera, 164 - São Paulo, Brasil

No controle das

HEMORRAGIAS

espontâneas

Durante e após o ato cirúrgico

"PREMARIN"

- ENDOVENOSO -

hemostático fisiológico.

Acelera a

COAGULAÇÃO

Eleva os níveis de protrombina e de globulina aceleradora e deprime a antitrombina.

Produz, amiúde, a hemostase dentro de 15 a 30 minutos após a injeção

A dose de 20 mg. é geralmente, suficiente para o controle do sangramento. Até esta data, após mais de um milhão de injeções, não foi relatado nenhum caso de toxicidade nem de formação de trombos





Produtos Farmacêuticos e Biológicos

AYERST DO BRASIL S/A.

Rua Varnhagen, 44 - sobreloja - Tel.: 33-4477 - São Paulo Rua do Rosário, 170 - 2.º and. - Tel. 32-9054 - Rio de Janeiro 100% impermeável! * impermeabilidade total, uniforme e perfeita! ★ mais resistente, apesar de mais fino!

* flexibilidade máxima – acompanho mesmo os menores dobras do pele!

* aderência controlada, nem excessiva e nem reduzida l Desenrola-se fàcilmente, não ofende a pele ao seu retirado!

massa adesiva branca. Não causa irritações, mantém por mais tempo sua aderência!

récil de rasgar!



ESPARADRAPO



ANAIS PAULISTAS

MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitinguí, 80 - Fone, 37-2515 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinat. por 1 ano Cr \$ 500,00 — Estrang. US \$ 7,50 — Número avulso Cr \$ 50,00 (Nos trabalhos publicados é respeitada a redação dos autores)

VOL. LXXX

JULHO DE 1960

N.º I

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA

Sessão em 8 de setembro de 1959

Presidente: Dr. Dante Giorgi

Aspectos electrencefalográficos da cisticercose encefálica. - Drs. Paulo Pinto Pupo, Eliova Zukerman, Rosa Helena Longo, Maria Helena Franco da Rocha Moreira, José Geraldo de Lima, Ceme Jordy e Giancarlo Zorlini. - Com a finalidade de se conhecer os elementos úteis que o EEG poderia trazer para o dignóstico da forma clínica da cisticercose encefálica, foram reunidos 118 casos desta afecção, com diagnóstico confirmado pela verificação cirúrgica, pelo exame do líquido cefalorraqueano (presença de leucocitose, eosinofilia e reação de desvio de complemento positiva) ou pela verificação radiológica de ciste-Os resultados cercos calcificados. electrencefalográficos foram analisados particularmente visando aos dados que pudessem informar sôbre a existência de processo difuso envolvendo o parênquima nervoso dos hemisférios cerebrais, ou a existência de focos epileptógenos ativos, ou ainda sinais de sofrimento do parênquima em consequência da hipertensão intracraniana. Estes resultados fo-

ram estudados separadamente no grupo dos casos com síndrome clínica da convexidade cerebral, com a presença ou não de síndrome convulsiva e no grupo dos casos com síndrome clínica de base e fossa posterior, aspectos clínicos e patológicos éstes já bem conhecidos de estudos anteriores. Além disso, os resultados electrencefalográficos foram estudados comparativamente no grupo de pacientes com cisticercos não calcificados, assim como também foram estudados comparativamente em grupos de pacientes com síndrome inflamatória verificável pelo exame do líquido cefalorraqueano e no de pacientes com o líquido cefaloraqueano normal.

Estes resultados permitiram aos autores firmar conclusões de algum interêsse clínico, significativas para a importância do exame electrencefalográfico na avaliação dos processos patológicos encefálicos decorrentes da neurocisticercose: 1) O distúrbio paroxístico focal indicou com grande énfase a presença de convulsões. 2) A presença de ondas è foi signifi-

cativa de processo na base e fossa posterior, e não na convexidade. A meningoencefalite cisticercótica da convexidade não se exteriorizou por sinais de sofrimento cerebral agudo no EEG. 3) Os surtos de onda θ, raros, coincidiram com casos de síndrome de base ou da fossa posterior (provável hipertensão intracraniana), o que está de acórdo com sua gênese decorrente de comprometimento das formações mesencefálicas. 4) O EEG normal é relativamente raro na cisticercose encefálica, porém, nada nos diz com respeito à localização do parasito na grande fossa craniana ou na posterior. 5) As alterações do ritmo de base, quer no sentido de deficiência de organização, quer no sentido de ligeira lentificação, apareceram de modo preponderante nos casos de afecção da base e da fossa posterior, comparativamente com os da convexidade cerebral. 6) Nas síndromes mistas a incidência das alterações electrencefalográficas, quer decorrentes da desorganização do ritmo de base, quer do aparecimento de ondas 8 ou ainda de sinais de foco convulsiógeno ativo, não diferiu em muito do que sucedeu nos grupos de síndromes puras. 7) A presença de cisticercos calcificados na convexidade encefálica, isto é, a eventualidade da cisticercose crônica, coincidiu, em número de casos significativamente maior, com a presença de foco epileptógeno no EEG, que em relação aos casos de cisticercos não calcificados, isto é, possivelmente de cisticercose mais recente. 8) A incidência do aspecto patológico ou não do EEG não foi diferente no grupo com cisticercos calcificados comparativamente ao grupo de cisticercos não calcificados. Entretanto, neste último grupo de casos o tipo de alteração no EEG revelou intensidade significativamente maior de sinais electrencefalográficos de sofrimento atual do parênquima nervoso (ondas 8).

Tratamento da criptococose do sistema nervoso central pela anfotericina. — Drs. Dante Giorgi, João Baptista dos Reis, Paulo Pinto Pupo e José Geraldo de Camargo Lima. — Os autores descrevem a evolução dos conhecimentos sôbre a meningoencefalite produzida pelo Criptococcus neoformans, analisando as dificuldades anteriormente havidas para lo diagnóstico em vida, as quais foram ultrapassadas depois que se usou rotineiramente a pesquisa de cogumelo no líqüido cefalorraqueano pelo método de coloração da tinta da China e pela cultura. Assinalam, a seguir, o aparecimento da anfotericina B, novo antibiótico fungicida que veio modificar o prognóstico desta afecção.

Apresentam sua experiência com 14 casos de meningite por criptococos diagnosticados em vida e referem pormenorizadamente 2 casos tratados com a anfotericina B. O primeiro, de paciente portadora desta afecção, evoluindo de maneira crônica, com períodos de exacerbação que melhoram nitidamente com a anfotericina B e que está com uma sobrevida de 20 meses. O segundo, de paciente portadora de forma aguda desta afecção, que teve cura clínica e está com líquido cefalorraqueano absolutamente normal, com seguimento de 11 meses. Em ambos os casos foi usada a via intravenosa, sendo feitas séries de 10 injeções, cada uma de 50 mg de anfotericina B em 500 ml de soluto glicosado a 5%. No primeiro caso foram feitas 4 séries e no segundo apenas 2. Não foram registradas reações colaterais de importância.

Os autores terminam considerando a anfotericina B como um elemento que veio tornar muito mais favorável o prognóstico desta afecção até então mortal.

Hematomielia cervical espontânea com paralisia dos músculos respiratórios e evolução clínica favorável. — Drs. Homero Pinto Vallada e José Luzio. — Os autores relataram a observação clínica, fizeram considerações sóbre a hematomielia espontânea e especialmente sóbre a irrigação sangüínea da medula e apresentaram o paciente.

Trata-se de um jovem, reg. HC 133160, com 24 anos de idade, branco, brasileiro, casado, admitido no Serviço do Prof. Adherbal Tolosa em 21-4-1959 e com alta a 17-6-1959. O quadro clínico de uma tetraplegia, com dissociação siringomiélica da sen-

PARA UMA TERAPÊUTICA ANTI-HELMÍNTICA EFICAZ

- estrongiloidose
- oxiurose
- tricocefalose
- ascaridíase

HELMITIN Lepetit

ditiazanina + cloroprofenpiridamina

A presença do anti-histamínico

(cloroprofenpiridamina) na associação

evita os fenômenos anafiláticos

resultantes dos toxi-alergenos libertados

pelos helmintos destruídos



sibilidade das clavículas para baixo e paralisia dos músculos intercostais e diafragma, apareceu sùbitamente logo ao se levantar de manhá e se completou em algumas horas. Pelos exames neurológicos feitos durante a internação notaram-se as seguintes síndromes: lesão do neurônio motor periférico correspondente aos membros superiores; lesão do piramidal com hiperreflexia nos quatro membros e sinal de Babinski bilateral; dissociação da sensibilidade, havendo abolição da térmica e dolorosa das clavículas para baixo, e normalidade das outras formas de sensibilidade superficial e profunda. O líquor lombar, com Stookey normal, apresentou 80 hemácias degeneradas. O paciente foi mantido em aparelhos de respiração artificial, traqueostomizado e medicado sintomáticamente, tendo-se feito também ACTH-gel e prometazina. A recuperação foi favorável, respirando e locomovendo-se quase normalmente. Três meses após, ainda restavam sinais piramidais de libertação, atrofia dos pequenos músculos da mão, hipotrofia do membro inferior esquerdo, dissociação siringomiélica das clavículas para baixo, com exceção do membro inferior esquerdo, que apresentava sensibilidade normal até a arcada crural, e incontinência relativa de urina.

Os autores fizeram considerações diagnósticas sob o ponto de vista etiológico, admitindo que vários fatóres, isolada ou associadamente, poderiam ser responsáveis pela hematomielia, tais como malformação vascular congênita (o paciente apresentava evidente malformação óssea do joelho esquerdo), insolação, esfôrço físico e relações sexuais, precedendo de horas (os dois primeiros) e minutos (as relações sexuais) ao acidente vascular medular.

Recapitulando a irrigação da medula mostraram como é difícil fazer, na maioria dos casos, diagnóstico diferencial entre hematomielia e trombose da artéria espinhal anterior, em vista da similitude das síndromes, sendo decisivo o encontro de líquor hemorrágico.

Paramiloidose com comprometimento do sistema nervoso periférico. A propósito de duas observações. — Dr. Oswaldo Freitas Julião. — O autor relata dois casos da doença de Corino de Andrade, dignos de registro não apenas por alguns dos aspectos clínicos que apresentam, mas ainda pela circunstância de se referirem a pacientes nascidos no Brasil, ainda que descendentes de portuguêses.

No primeiro caso (A. C. Lopes, 30 anos de idade), a moléstia teve início há 4 anos, manifestando-se por parestesias nos membros inferiores, fraqueza muscular e dificuldade para andar. Há 2 anos, distúrbios sensitivos e motores nas mãos. Estabeleceram-se, progressivamente, atrofias musculares. Interrogado, o doente referia abolição da potência sexual, há 2 anos, e frequentes transtornos gastrintestinais. O paciente é nascido no Estado de Minas Gerais e informa que a mãe, o avô e provàvelmente também o bisavô sofriam de distúrbios semelhantes aos que apresenta (mãe brasileira, avô e bisavô portuguêses). Exame neurológico: distúrbios motores, tipo flácido, nas quatro extremidades, acompanhados de distúrbios sensitivos; paralisia da hemilaringe esquerda. O exame liquórico demonstrou a existência de hiperproteinorraquia. A biopsia de nervo cutâneo revelou a existência de depósito de substância amilóide na intimidade do nervo.

No segundo caso (R. S. Ramos, 35 anos, brasileiro), consistiram as manifestações mórbidas iniciais, estabelecidas há 6 anos, em dôres violentas, tipo fulgurante, nos membros inferiores. Ulteriormente, sensação de adormecimento e fraqueza muscular, amiotrofia progressiva das pernas e perturbação da marcha. Há 3 anos, comprometimento da potência coeundi, desordens esfinctéricas e graves distúrbios digestivos. Há alguns meses, diminuição da fôrça muscular das O pai, que faleceu aos 38 anos de idade, em consequêncoa de moléstia semelhante à do paciente, era português, nascido em Póvoa do Varzim. Exame neurológico: síndrome motora de tipo periférico, com pronunciadas amiotrofias nos membros inferiores. Intensos distúrbios das sensibilidades superficiais a partir do território radicular de Cs. Comprometimento das sensibilidades segmentar e palestésica nos membros inferiores.

A propósito das duas observações expostas, o autor faz comentários, considerando em particular: o caráter hereditário, dominante, da afecção; a evolução dos distúrbios motores e sensitivos; a topografia das alterações objetivas da sensibilidade e as características das dôres; a paralisia da corda vocal, observada no primeiro

caso; a acloridria gástrica, verificada no segundo caso, elemento que, associado ao quadro neurológico referido, poderia prestar-se a confusões diagnósticas com as neuropatias desmielinizantes aquílicas. finalmente o autor, baseado em dados clínicos e anátomo-patológicos, ao comprometimento radicular, ou mesmo meningorradicular, na paramiloidose, sendo de opinião que, em numerosos casos, se trata mais pròpriamente de uma radiculoneuropatia crônica do que de um processo de neuropatia periférica troncular pura.

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Sessão em 17 de setembro de 1959

Presidente: Dr. Nelson Alvarez Cruz

Nervos bulbares: patologia e aspectos clínicos. — Dr. Paulo Pinto Pupo. — O autor chama a atenção, de início, para a relativa raridade com que se encontram referências a êstes nervos na literatura, como lhe foi dado observar em uma revisão atinente aos últimos 25 anos.

A dissertação foi dividida em quatro itens: a) afecção isolada de cada um dos nervos; b) afecções nucleares; c) afecções combinadas dêsses nervos; d) afecções bulbares.

Entre as afecções isoladas o autor discorre sôbre a neuralgia do glossofaríngeo e sôbre a de seu ramo timpânico, assinalando suas características de dor neurálgica e sua topografia determinada. São mencionadas as neuralgias secundárias, a ateroma da artéria basilar e a tumores malignos, afetando o nervo. É focalizada a possibilidade de reflexos sinocarotídeos exagerados desencadeados por êsses paroxismos dolorosos (o n. glossofaringeo contém fibras aferentes dêsse reflexo), ocasionando bradicardia, queda da tensão circulatória, anóxia cerebral e convulsões, o que constitui complicação séria dessas neuralgias. Em relação ao pneumogástrico são assinaladas as paralisias do n. recorrente, relacionadas a tumores, a enfartamentos ganglionares, do pescoço ou do mediastino, a tuberclose, a tumores pulmonares, a aneurismas da aorta e a dilatação cardíaca. Finalmente, como curiosidade, chama a atenção entre essas afecções isoladas a do hipoglosso, devida a neurinomas désse nervo.

Entre as afecções nucleares são mencionadas as paralisias labioglossolaríngeas, bilaterais, progressivas, geralmente em indivíduos adultos, manifestações de poliomielite crônica, de esclerose lateral amiotrófica ou de siringobulbia. O comprometimento associado do músculo orbicular do lábio e músculos da língua é indício de que a afecção é nuclear e não troncular. O diagnóstico diferencial deve ser feito com a miastenia grave e com as paralisias supranucleares das síndromes pseudo-bulbares.

Entre as afecções combinadas dos nervos após sua emergência bulbar o autor chama particular atenção para a relativa freqüência da sindrome de Guillain-Barré. A eventualidade de associação do comprometimento de outros nervos cranianos (o n. facial, mais freqüentemente) e de nervos periféricos, a presença da dissociação albuminocitológica no líquido cefalorraqueano e a sua evolução geralmente benigna, permitem o diagnóstico. O autor discute a patogenia

alérgica dêste comprometimento de raízes nervosas e, em particular, procura incluir neste grupo os casos de afecção dos nervos bulbares conse-

quentes à difteria.

Entre outras causas da afecção de nervos assinala as meningites crônicas da base (a cisticercótica, a tuberculosa e a sifilítica), as malformações ósseas da base, as hemorragias, traumáticas ou não, os tumores da base, assinalando as síndromes de Garcin,

de Vernet e de Villaret. Finalizando, destaca a incidência relativamente alta com que tumores retrofaríngeos se apresentam primeiramente pelo comprometimento de um dêsses nervos.

Na última parte de sua dissertação o autor discorre sóbre as síndromes bulbares, conseqüência, na maioria das vêzes, de distúrbios circulatórios. A êste respeito revê os territórios da circulação bulbar.

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA

Sessão em 16 de setembro de 1959

Presidente: Dr. José Lopes de Faria

Dosimetria interna em policitêmicos tratados com radiofósforo. — Dr. Raphael Giannella. — O autor, depois de tecer comentários preliminares sóbre indicação, dosagem e contrôle de pacientes tratados com fósforo radioativo, analisa 4 casos de policitemia vera, fundamentando-se nos estudos de Lawrence.

Supondo-se, inicialmente, uma distribuição uniforme do radiofósforo no organismo, calcula-se a dose total distribuída. Após o 3.º dia da aplicação, estabelece-se um equilíbrio na distribuição entre dois compartimentos: um primeiro, hematopoético, constituído pela medula óssea, fígado e baço (correspondendo a 17% do pêso total do organismo) e outro constituído pelos tecidos moles (correspondendo a 83% do pêso total). Nos 3 primeiros dias 12% da dose administrada desintegram-se, 58% desintegrando-se após o 3.º dia; assim, a desintegração total no organismo é de 70%, sendo que 34% desintegram-se ao nível do compartimento hematopoético e 36% nos tecidos

Os cálculos feitos de acôrdo com a fórmula de radiações β no caso de P^{aa} (meia vida efetiva 14,3 dias, energia média das partículas 0,695 Mev.) resume-se até o 3,º dia: $D = \mu c/g \times 733$. Após o 3,º dia (Te = 11 dias): $D = \mu c/g \times 564$.

Os pacientes estudados, com pêso variando de 52 a 62 kg e tendo recebido doses de P⁸⁰ de 3,7 a 7,0 mc, mostraram dose total no compartimento hematopoético de 117 a 276 rads e nos tecidos moles de 24 a 27 rads.

Estudo do fibrinogênio da síndrome nefrótica, pela electroforese em papel de filtro. — Drs. Carlos Villela de Faria, José Barros Magaldi, Israel Nussenzveig, Emil Sabbaga e Homero Pastore. — O aumento do fibrinogênio como acompanhante do distúrbio bioquímico da síndrome nefrótica, foi descrito já em 1924 por Kollert e Stalinger.

Tentativas de se estudar o fibrinogênio pela electroforese em papel têm sido feitas, porém a opinião de Wuhrmann, Wunderly e da maioria dos autores é de que, quantitativamente, em indivíduos normais, tal método é precário, com grande variabilidade

de resultados.

Entretanto, tivemos oportunidade de observar que, na síndrome nefrótica, dado o grande aumento desta fração, o método poderá ter algum valor. Assim, colhendo sangue sóbre heparina, utilizando 0,25 ml de heparina para cada 10 ml de sangue, pudemos verificar sempre, nos períodos de estado da síndrome nefrótica, altos níveis percentuais de fibrinogênio, comparáveis aos da globulinas α_2 (20 a 30%). Observamos ainda que, com a regressão da síndrome nefrótica, há também diminuição da

O primeiro antibiótico de ação fungistática, eficaz por via oral

SPOROSTATIN

(griseofulvina)



SPOROSTATIN é indicado no tratamento das micoses superficiais da pele, dos cabelos e das unhas.

SPOROSTATIN combate as tinhas da cabeça e da barba em 4 a 6 semanas; a tinha do corpo em 2 a 4 semanas; a tinha dos pés (pé-de-atleta) em 3 a 6 semanas; e a tinha das unhas (onicomicose) em 3 a 4 meses.

SPOROSTATIN apresenta-se em frascos contendo 20 comprimidos de $250\,$ mg.



INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA S C H E R I N G S/A.

RIO DE JANEIRO

São Paulo — Pôrto Alegre — Belo Horizonte — Juiz de Fora Salvador — Recife — Fortaleza — Curitiba taxa de fibrinogênio, que tende a se normalizar.

O lipidograma electroforético no estudo da síndrome nefrótica. — Drs. Carlos Villela de Faria, José Barros Magaldi, Israel Nussenzveig, Emil Sabbaga e Homero Pastore. — As alterações do metabolismo lipidico na síndrome nefrótica são intensas e características.

O lipidograma electroforético constitui novo método para se estudar e avaliar estas alterações, que se traduzem quantitativa e qualitativamente. Analisando os resultados quantitativos obtidos na fase inicial em 30 nefróticos pudemos observar constantes e grandes reduções do teor percentual das lipoproteínas α, aumento menos freqüente das lipoproteínas β e grande variabilidade dos resultados quanto à cauda, ou seja os "quilomicra". Evidente e grande aumento da relação de lipoproteinas βα/.

Interpretamos com reservas os resultados quantitativos do lipodograma, mas consideramos úteis suas informações quanto às alterações qualitativas.

Pudemos verificar que a mobilidade das lipoproteínas β é variável nos nefróticos e em um mesmo doente poderá apresentar comportamentos diversos desta mobilidade conforme o período. A injeção de heparina produz sempre aumento da mobilidade das lipoproteínas β, que poderá passar a apresentar velocidade de migração comparável à das globulinas α1.

Revendo os dados da literatura, e correlacionando em nossos pacientes as variações de mobilidade das lipoproteínas β , o distúrbio lipídico e a hipoalbuminemia, concluímos que o aumento da mobilidade é função de um binômio representado por gordura neutra e albuminemia.

Sessão em 16 de outubro de 1959

Presidente: Dr. José Lopes de Faria

Acido 5-hidroxi-indol-acético no escarro de asmáticos. — Drs. Luiza Hepner Levy e Antônio Germano da Silva. — Em virtude do fato de alguns autores considerarem a serotonina como responsável direta de choques anafilactóides em animais (rato, coelho, cão e camundongo) e considerando que esta substância poderia ser a responsável por broncoconstrição humana, os autores pretendem determinar o conteúdo do ácido 5-hidroxindol-acético, metabólito da serotonina, no escarro de asmáticos.

Dos 34 pacientes examinados até agora, 19 apresentavam asma (testes cutáneos positivos) e 15 pacientes contrôles apresentavam outros processos pulmonares, inclusive tabagismo. Até o presente momento, verificou-se existir certa quantidade desta substância, tanto em indivíduos asmáticos como não asmáticos.

O método utilizado para extração da substância foi o de Hanson.

Magnésio em algumas doenças hematopoéticas e a utilização prática de sua dosagem. — Drs. Francisco Bastos de Jorge, Terezinha Cardoso e Antônio Barros de Ulhôa Cintra.

Na leucemia aguda a magnesemia é alta, enquanto a magnesúria é baixa, apesar do volume urinário estar dentro dos valores normais. Como o magnésio é ràpidamente excretado da corrente sangüínea, para alcançar os valores fisiológicos, fazemos a hipótese de que nestes casos êle deve estar ligado a moléculas grandes que não atravessam o filtro renal.

Na leucemia mielóide a magnesemia é elevada e a magnesúria está dentro dos valores normais.

Na doença de Hodgkin, tanto a magnesemia como a magnesúria são muito elevadas.

Na anemia hemolítica a magnesemia está ligeiramente elevada e a magnesúria está muito elevada. É a

QUEMICETINA SUCCINATO

CARLO ERBA

O primeiro cloranfenicol hidrossolúvel permitindo qualquer via de administração:

- intravenosa
- por fleboclise
- intramuscular
- intra-arterial
- endorraqueana
- tópica, superficial e endocavitária
- endobronquial (por instilação e aerosol)

O antibiótico de maior campo de ação, pràticamente isento de toxidez. A DL_{50} da QUEMICETINA SUCCINATO é de 1000/1500 mg/Kg,

por via endovenosa

(CHECCACCI L., "Minerva Médica", XLIX, 1958)

Frasco-ampôla de 1 g - Frasco-ampôla de 0,250 g

como cloranfenicol sintético levógiro, liofilizado,

acompanhados de ampolas de diluente.

QUEMICETINA ERBA tem a linha mais extensa de apresentações:

- * QUEMICETINA DRÁGEAS
- * QUEMICETINA POMADA DERMATOLÓGICA
- * QUEMICETINA POMADA NASAL
- * QUEMICETINA OFTÁLMICA (Pomada e Colírio)
- * QUEMICETINA SOLUÇÃO OTOLÓGICA
- * QUEMICETINA SUPOSITÓRIOS
- * QUEMICETINA ÓVULOS
- * QUEMICETINA VELAS
- * QUEMICETINA XAROPE



Industria Quimico Farmaceutica

Avenida Conselheiro Rodrigues Alves, 3465, Brooklin Paulista Fone: 61-0998 — Caixa Postal, 21.006 — Sáo Paulo

única doença em que encontramos valores dêste tipo, o que sugere o aproveitamento dêste fato como um teste bioquímico no auxílio diagnóstico. A explicação do magnésio quase normal, um pouco alto, é que, com o rompimento das hemácias, vai aumentando o teor da magnesemia e os rins vão excretando em ritmo acelerado, aumentando muito o seu teor na urina.

Na anemia aplástica e na mielose aplástica a magnesemia é baixa e a magnesúria muito alta.

Na púrpura trombocitopênica a magnesemia está dentro dos valores normais e a magnesúria, um pouco

Pretendemos prosseguir no estudo da função do magnésio nas doenças hematopoéticas. Agradecemos ao Dr. Michel Jamra as sugestões na realização dêste trabalho.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão em 14 de setembro de 1959

Presidente: Dr. Joaquim da Costa Marques

Quadro clínico do diabetes na infância. - Dr. Oswaldo Meng. - O diabetes infantil é calculado em 5% de todo o diabetes (White) e incide pràticamente em tôdas as idades, embora seja ocasional abaixo de 12 me-Há tôda evidência de que a predisposição ao diabetes é herdada como traco recessivo. Ao lado da influência genética, outros fatôres (infecção, alguns desequilíbrios endócrinos, distúrbios psicossomáticos) podem dar-lhe origem. Se, em linhas gerais, o quadro clínico do diabetes melito infantil é calcado sôbre o do adulto, por outro lado êle apresenta tais particularidades que se podem, dentro de certa medida, opor as duas formas.

No adulto, a afecção tem um aspecto polimorfo, podendo-se encontrar formas lentas, progressivas e benignas, ou, então, formas severas de

evolução rápida.

Na criança, início e evolução, ao contrário, são quase sempre dramáticos, sendo as formas benignas bem raras. O início do diabetes melito infantil é súbito e violento, sendo a primeira manifestação grave acidose ou mesmo o coma. Este pode sobrevir no decurso de uma moléstia infecciosa, após uma operação ou um traumatismo. Entretanto, com mais frequência êle surge sem nenhuma causa aparente e a frequência dêsse fato não pode ser negligenciada. Na presença de uma criança em coma, surgido em circunstâncias imprecisas,

é necessário pensar primeiro no diabetes. Outras vêzes o quadro clínico é menos explosivo, porém o diagnóstico é mais complicado. É que éle se inicia por uma sintomatologia digestiva: dôres abdominais, às vêzes com vômitos, náuseas, similando quadro vesicular, apendicular, ou mesmo uma oclusão inestinal aguda. Ao lado dêsse quadro de início ruídoso há aquêles que são supeitados através dos sintomas banais da moléstia: polifagia, polidipsia, enurese noturna em crianças que passaram dessa fase, emagrecimento acentuado, alterações inexplicáveis do comportamento, prurido, furunculose, etc. Em outros casos o diabetes só é descoberto através de um exame rotineiro.

Diagnóstico e diagnóstico diferencial do diabetes na infância. - Dr. M. Aparecida Sampaio Zacchi. - O diagnóstico de diabetes mellitus depende sempre de dados de laboratório, os quais podem ser distribuídos, arbitràriamente, em três grupos: 1) dados relacionados à intolerância à glicose - hiperglicemia e glicosúria; 2 dados relacionados à acidose metabólica, à desidratação e à insuficiência renal por colapso circulatório periférico - acetonúria, baixa do CO2 sangüíneo, diminuição do pH, cetose, diminuição do Na e CI séricos, hipotassemia nas fases iniciais da acidose diabética, aumento de fosfatos e sulfatos, hemoconcentração, que se

Atividade antimicrobiana, acrescida de um mobilisados da defesa orgânica.

LYPYOPEN

Calza contendo um trasco de 400.000 II. de penicilhos SCHERLEY (200.000 II. de penicilhos G procalno cristalhos + 100.000 II. de penicilhos G patássico cristalhos) e umo ampola, de 2 cm², de lisado isutloico de leucácibos.

TRATAMENTO DAS INFECÇÕES, DETERMINADAS POR GERMES SENSÍVEIS À PENICILINA.





LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A. Rio de Janeiro traduz por hiperproteinemia, retenção urêica, elevação do hematócrito; na acidose grave pode ser observada hiperpotassemia; 3) outros dados —

leucocitose, eosinopenia.

As crianças nas quais o diagnóstico de diabetes mellitus deve ser considerado se distribuem em três categorias gerais: 1 Crianças com história sugestiva de diabetes. O diagnóstico não oferece dificuldades quando existem glicosúria e hiperglicemia associada a poliúria, polidipsia, polifagia, perda de pêso e outras manifestações clínicas sugestivas de diabetes mellitus. Nos casos duvidosos o teste de tolerância à glicose é útil para confirmar ou excluir o diagnóstico. 2) Crianças com glicosúria tran-Glicosúria sitória ou persistente. transitória e hiperglicemia têm sido observadas em várias condições que necessitam ser levadas em consideração para o diagnóstico diferencial: a) no hipertireoidismo; 2) no hiperpituitarismo; c) após injeção de adrenalina, em situações de stress, em

tumores da suprarenal; d) após ingestão de grandes quantidades de hidratos de carbônio (glicosúria alimentar; e) em casos de meningite e lesões cerebrais graves. Glicosúria persistente, não acompanhada de hiperglicemia, ocorre na chamada glicosúria renal, em que há perda da capacidade normal de reabsorção de glicose ao nível dos túbulos renais. Ainda no diagnóstico diferencial, devemos lembrar a excreção urinária de outras substâncias redutoras, que não a glicose (galactosúria, pentosúria, levulosúria, lactosúria, maltosúria). Crianças com manifestações clínicas de acidose com ou sem obnubilação ou coma.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com outras causas de acidose e/ou coma: hipoglicemia, uremia, gastrenterite, envenenamento pelo chumbo, encefalites, hemorragia cerebral e outras lesões intracranianas. Também a intoxicação grave por salicilatos deve ser diferençada da acidose diabética.

Sessão em 24 de setembro de 1959

Presidente: Dr. Joaquim da Costa Marques

Constipação crônica na infância: aspectos psiquiátricos. - Dr. Luiz G. Dias de Andrade. - O problema da constipação infantil, sob o ponto de vista psiquiátrico, é considerado como sintoma de alterações do funcionamento harmônico da personalidade. Essas alterações relacionam-se a dificuldades de adaptação da criança à fase analsádica, no sentido dado por Freud a essa época da evolução do psiquismo. Nos casos de constipação psicogenética, encontra-se, usualmente, como fonte de desequilíbrio da evolução normal, a personalidade materna. A insistência, de tipo que poderia ser chamado de obsessivocompulsivo, por parte do adulto encarregado do treino de contrôle e de hábitos de limpeza, foi o principal determinante, nos casos apresentados, que levou as crianças ao comportamento de retenção de fezes e consequente megacólon psicogenético.

A correção psicoterapêutica do sintoma foi obtida pela diminuição da compulsividade inculcada à criança pela educação. O tratamento da personalidade infantil, em cujo terreno é possível aparecer o sintoma em questão, depende da psicoterapia paralela da personalidade materna.

Constipação crônica na infância: aspectos cirúrgicos. — Dr. Roberto de Vilhena Moraes. — Várias são as causas cirúrgicas da constipação crônica na infância e seu conhecimento é necessário para que o pediatra e o cirurgião possam indicar tratamento adequado para cada caso individual. O problema do megacólon é o que mais de perto diz respeito à constipação crônica cirúrgica.

Esquemàticamente, a causa da constipação pode residir na falta de coordenação do peristaltismo intestinal—aglanglionose, ausência dos plexos de Auerbach, levando ao megacólon con-

O NOVO SULFAMÍDICO
QUE SE ADMINISTRA
EM DOSES DE
ANTIBIOTICO



LENTOSULFINA

SULFAMETOXIPIRIDAZINA

DE ANGELI

Prolongada

ixa dosage

INSTITUTO DE ANGELI DO BRASIL

gênito (moléstia de Hirschsprung) e uma obstrução anorretal, conduzindo ao megacólon orgânico; dêsses dois tipos deve ser distinguido ainda o megacólon psicogenético, anteriormente incluído com os chamados me-

gacólons idiopáticos.

Embora o reconhecimento do megacólon orgânico seja simples, muitas vêzes decorrendo de um simples toque retal, a distinção entre o megaçólon aganglionar e o psicogenético exige análise mais acurada dos dados anamnésticos, do exame físico, dos estudos radiológicos e, eventualmente, da biopsia retal. O megacólon aganglionar caracteriza-se por história de constipação desde o período neonatal, constante, com distensão abdominal, períodos variáveis de semioclusão intestinal, ausência de dôres abdominais, falta de desenvolvimento corporal, ampôla retal vazia de fezes ao toque, segmento "estreitado" no reto e sigmóide, em extensão variável,

e biopsia retal acusando ausência do plexo de Auerbach; o megacólon psicogenético caracteriza-se por história que se inicia em geral após o 2.º ano de vida, por hábitos estranhos de evacuação (em pé, nos cantos das salas, etc.), incontinência fecal, presença de dôres abdominais, ausência de distensão abdominal, bom estado geral, presença de fezes na ampôla retal, ausência de segmento estreitado ao exame radiológico e presença de gânglios do plexo de Auerbach na biopsia retal. A distinção entre os dois grupos é importante, porquanto no megacólon aganglionar o tratamento é cirúrgico - retossegmoidectomia - e no psicogenético é conser-

O autor salienta casos de megacólon aganglionar e de megacólon psicogenético, salientando os principais pontos para diagnóstico diferencial, bem como o tratamento indicado para os tipos de megacólon.

Sessão em 12 de outubro de 1959

Presidente: Dr. Joaquim da Costa Marques

Aspectos pediátricos da hipertrofia tímica. — Dr. Paulo de Barros França. — Em nosso meio se atribuem ao timo aumentado sinais e sintomas que éle não provoca. Esse érro diagnóstico conduz a uma terapêutica desnecessária e não isenta de perigos, que é a radioterapia. As possibilidades do timo provocar dificuldade respiratória, cianose ou crises de apnéia são práticamente inexistentes. Sempre que uma criança apresenta sinais de compressão de vias aéreas, outras causas que não a hiperplasia

do timo deverão ser aventadas. Malformações de laringe, conchomalacia, anéis vasculares, arco aórtico bifurcado e inúmeras outras causas que não o timo aumentado, poderão explicar dificuldades respiratórias ou disfagias. No que concerne à "morte súbita não esperada", exames laboratoriais, químicos e histopatológicos freqüentemente evidenciarão a causa do êxito letal. A chamada "morte tímica" jamais deverá ser invocada para explicar êsses casos.

Sessão em 22 de outubro de 1959

Presidente: Dr. Joaquim da Costa Marques

Pneumopatias agudas no lactente: generalidades e etiologia. — Dr. Octavio Ribeiro Ratto. — Conquanto o trato respiratório seja admirávelmente construído para repelir qualquer invasão, a necessidade biológica de respirar torna-o sujeito a um sem

número de oportunidades para a entrada de agentes hostis. Com exceção da pele, é a parte do corpo mais intimamente ligada à atmosfera ambiente. Embora muitas vêzes atacado, inúmeras defesas existem e que em resumo são as seguintes: a) anel



TIROCIN

XANTOCILINA - TIROTRICINA

Associação antibiótica sinérgica para uso tópico

ANGINAS, LARINGITES, ESTOMATITES, GENGIVITES.

PASTILHAS DE

TIROCIN

1 pastilha quatro a seis vêzes ao dia. Caixa com 18 pastilhas.

PIODERMITES, ECZEMAS INFECTADOS, QUEIMADURAS.

POMADA DE

TIROCIN

Uma aplicação diária. Tubo com 5 gramas.

FERIMENTOS, OTITE EXTERNA

PÓ DE

TIROCIN



Uma ou duas aplicações ao dia. Tubo plástico com 8 gramas.

INSTITUTO PINHEIROS,

PRODUTOS TERAPÉUTICOS, S. A. - SÃO PAULO - BRASIL Mediante acôrdo com a

CHEMIE GRUNENTHAL GMBH, STOLBERG IM RHEINLAND - ALEMANHA

de Waldeyer; b) presença de cílios em grande parte do trato; c) traquéia e brônquios dotados de contração muscular; d) tosse; e) barreira protetora da epiglote; f) drenagem linfática; g) fagocitose, ação enzimática e respostas imunológicas.

Sabendo-se que a criança não nasce com seu pulmão totalmente desenvolvido, é fácil de se compreender que as agressões ao aparelho respiratório do lactente possam determinar quadros de marcada gravidade.

Com finalidade meramente didática podemos ordenar as principais pneumopatias agudas da lactente nos seguintes grupos:

- Faringo-laringo-tráqueo-bronquites Os principais agentes etiológicos das faringites, das laringites, das traquéites e das bronquites dos lactentes são representados pelas bactérias e pelos vírus. Entre as bactérias temos os estreptococos, os pneumococos, os estafilococos, o Hemophilus pertussis e o Hemophilus influenzae. Entre os vírus temos os da influenza (vírus A, B e C) e os adenovirus (vírus AD, vírus RI, vírus ARD e vírus APC).
- 2) Pneumonia e broncopneumonia - Entre as bactérias causadoras de pneumonia ou broncopneumonia, temos os pneumococos, os estreptococos, os estafilococos e o bacilo de É de notar que a Friendländer. pneumonia por estafilococo é muito frequente antes do primeiro ano de vida. Os vírus responsáveis por êstes quadros pertencem aos seguintes grupos: crioaglutinina-positivos, estreptococo MG-positivo, adenovírus, influenza, psitacose, ornitose e vírus de natureza desconhecida. Entre as rickettsias temos a da febre Q (Richettsia burneti). Nos processos broncopneumônicos é muito frequente a associação de um vírus com uma bac-
- 3) Asma Alinham-se os seguintes fatóres como determinantes de asma: a) alergia; b) infecção; c) fatôres psicológicos; d) fatôres desconhecidos. Estes fatôres podem atuar de maneira isolada ou em combinação.
- 4) Obstrução do laringe É muito frequente no lactente. As causas etio-

lógicas mais comuns são: a) anomalias congênitas; b) trauma no nascimento; c) trauma pós-natal; d) infecções agudas; e) corpos estranhos; f) alergia; g) agentes irritantes; h) causas extrínsecas.

- 5) Atelectasia As atelectasias podem ser congênitas ou adquiridas. As primeiras são de interêsse médicolegal e não serão referidas. As atelectasias adquiridas originam-se de obstrução bronquial. As causas de obstrução bronquial podem ser: a) intrabrônquicas (secreção retida, corpos estranhos, aspiração, etc.); b) endobrônquicas (edema, inflamação, distorção das paredes dos brônquios, etc.); c) extrabrônquicas (cistos, causas cardiovasculares, gânglios, etc.)
- 6) Enfisema Dentre os diferentes tipos de enfisema devemos unicamente considerar o enfisema obstrutivo agudo. Esta entidade de evolução aguda e grave é causada pelos mesmos agentes determinantes das atelectasias adquiridas.

Pneumopatias agudas da infância: terapêutica. — Dr. Geraldo Nogueira de Castro. — O autor dividiu as pneumopatias agudas da infância em pneumopatias infecciosas (específicas e não específicas) e alérgicas.

Das pneumopatias infecciosas inespecíficas ressaltou as vantagens e inconveniências das diferentes associações de antibióticos, bem como o valor de medidas profiláticas nas bronquectasias, atelectasias, da drenagem postural, vapor de água, ambiente úmido, uso de antibióticos, expectorantes e broncodilatadores. Focalizou os riscos dos anti-histamínicos, béquicos e depressores do sistema nervoso central.

Salientou a orientação nos derrames, empiemas agudos, enfisema obstrutivo, perfurações pulmonares, abscessos pulmonares. Nas pneumopatias específicas, expôs a orientação para uso dos corticosteróides no pleuris sero-fibrinoso, não só para a reabsorção do derrame como também para impedir a sínfise pleural. Nas pneumopatias tuberculosas, inclusive no complexo primário, focalizou as vantagens do tratamento a longo

prazo. Nas pneumopatias alérgicas mostrou a necessidade da pesquisa das diferentes causas, para orientação terapêutica; nas de causa atópica, a conduta seria a pesquisa de alérgenos (inalantes, alimentos, drogas); nas de causa infecciosa a conduta seria irradiação, ressecção, antibióticos e vacinoterapia. Salientou, nas de causa reflexa — funcionando como coadjuvantes das causas atópicas e infecciosas no desencadeamento das pneu-

mopatias alérgicas — o valor dos fatôres físicos (exposição ao frio, calor, umidade, ventos, etc.), dos fatôres psicógenos, das pneumopatias crônicas (enfisema, bronquectasias, atelectasias).

Concluindo, expôs o papel dos fatôres cardíacos, da obstrução brônquica por corpos estranhos e da compressão extrínseca dos brônquios, como coadjuvantes no desencadeamento das pneumopatias alérgicas.

DEPARTAMENTO DE PROCTOLOGIA

Sessão em 8 de setembro de 1959

Presidente: Dr. Milton Cezar Ribeiro

Tumores linfáticos do reto. - Dr. Waldemiro Nunes. - Sendo as doenças dos órgãos linfóides de caráter sistêmico, é difícil falar em localização. Todavia, sob o ponto de vista clínico, têm-se verificado casos em que sòmente um grupo de gânglios está comprometido. Gall e Mallory afirmam tender o linfoma maligno. em tôdas as suas variedades, a uma generalização tão rápida que é excepcional observar um caso de doenca localizada. A possibilidade da existência de doenças localizadas é mais consistente nos casos em que o tumor linfático for retirado cirúrgicamente com sobrevida de muitos anos. O autor cita, a seguir, os vários casos encontrados na literatura, de tumores linfáticos malignos do reto. Ao lado dos tumores linfáticos malignos, há outro tipo de hiperplasia do tecido linfóide com características clínicas e histológicas de benignidade: o linfoma benigno. Há, nesses tumores, três características que simulam malignidade: 1) destruição da muscularis mucosae, encarada como

um fenômeno de compressão em virtude da expansão da lesão abaixo da mucosa; 2) ausência de cápsula; as lesões proliferativas do tecido linfático geralmente envolvem o tecido linfóide, que, normalmente, possui uma cápsula distinta; em tais casos a infiltração, destruição ou ausência de cápsula tem considerável significação na determinação da malignidade; o tecido linfóide da mucosa cólica que dá origem à lesão em discussão, não possui cápsula em condições normais e sua ausência nos tumores não tem significação equivalente; 3) difusão de células linfoblásticas fora dos limites dos folículos; êste fato foi observado em dois casos da literatura, porém, os folículos visíveis e o tipo de tumor não eram iguais a nenhum dos vários tipos bem conhecidos de tumores linfóides malignos. Depois de falar pormenorizadamente sôbre o exame microscópico e o diagnóstico diferencial, o autor cita sua casuístca e um caso de reticulossarcoma e outro de linfoma benigno localizados no reto.

Sessão em 22 de setembro de 1959

Presidente: Dr. Milton Cezar Ribeiro

Diverticulites dos cólons: aspectos clínicos. — Dr. Haroldo de Azevedo Sodré. — Com o aperfeiçoamento da técnica radiológica, cada vez mais se realiza o diagnóstico de diverticulite. Precisamos ter em mente a freqüência dos divertículos do cólon e, principalmente, dos do sigmóideo. Assim, para Oscar Napp, seriam encontrados entre 75 e 90% dos indivíduos acima de 50 anos; para Bacon, existe a percentagem de mais ou menos 7% nos indivíduos até 45 anos.

Não é de minha alçada estudar a etiologia da diverticulite cólica. Desejo lembrar, apenas, de modo geral, a patologia da diverticulite, a fim de facilitar a compreensão de suas formas clínicas.

A divertículose não apresenta nenhum sinal patológico a não ser a sua existência anatómica. Devemos considerar que freqüentes perturbações cólicas encontradas em individuos portadores de parasitoses ou inflamações e mais processos enterocólicos não são menos devidas à presença de divertículos mas às doenças de que os mesmos são portadores. Na maioria das vêzes, a sintomatologia desaparece com o tratamento adequado, continuando o doente com os seus divertículos que não foram mais do que um mero achado radiológico.

As vêzes, no entanto, por irritação mecânica ou em consequência de uma infecção, o divertículo se inflama. Conforme a virulência dos germes, o número dos divertículos atingidos e a reação do doente a essa agressão, teremos o quadro da diverticulite. Distingo, de acôrdo com êsses fatôres, três fases na evolução do processo da diverticulite: 1) fase discreta com reação moderada; nessa fase é difícil dizer-se se o processo é devido a uma inflamação local do divertículo ou a uma afecção enterocólica; 2) fase aguda; a infecção agrava-se, formando verdadeiro abscesso e grande edema da parede; segundo a evolução, o processo pode regredir ou provocar fístulas; essas fístulas ou se apresentam em órgãos vizinhos para o exterior ou se abrem na luz do próprio intestino; 3) diverticulite crônica recidivante; o processo realiza-se por surtos, atinge a serosa, provoca uma linfangite, trazendo como consequência inflamação do meso e do peritônio parietal. Processa-se degeneração esclero-atrófica da ganga gordurosa periintestinal. Existe uma fibrose que pode atingir o intestino, provocando verdadeiro estreitamento inflamatório.

Como verificamos por essa rapidíssima passagem pela patologia da diverticulite, podemos encontrar formas clínicas que se superpõem aos dados anátomo-patológicos.

Formas discretas — Caracterizam-se por dóres, constipação, raramente diarréia. O exame radiológico não mostra indício algum de lesão da parede intestinal. É difícil dizer-se se os sintomas são realmente devidos a uma diverticulite. Com o tratamento quase sempre tem-se a cura do doente.

Formas agudas — A mais clássica é a da chamada apendicite esquerda: dóres, defesa na fossa ilíaca esquerda, febre. As vézes a sintomatologia confunde-se com a verdadeira apendicite, pois, devido à posição do sigmóideo, as dôres se projetam à direita. Não é raro encontrarem-se manifestações em órgãos vizinhos, apresentando os doentes perturbações para o lado urogenital. Encontram-se raramente quadros de peritonite por perfuração e quadros de oclusão intestinal.

Formas crónicas recidivantes — Caracterizam-se por dóres, constipação, surtos febris. No exame clínico palpa-se um sigmóideo espástico e dolorido. Esses doentes sofrem freqüentemente de crises rebeldes de constipação e mesmo podem apresentar quadros de suboclusão intestinal.

O diagnóstico é feito com o auxílio dos raios X, retoscopia e dados clínicos. O estudo do valor do exame radiológico está a cargo de outro relator, Dr. Moretzsohn de Castro.

Retoscopia - Para o diagnóstico pròpriamente da diverticulite, o exame endoscópico pouco vale. Raramente poderia observar-se a saída de uma bôlha de ar, de uma gôta de sangue ou pus através do orifício diverticular. Apesar de Bensaúde ter verificado êsse fato, nós nunca o conseguimos. No entanto, a endoscopia é de grande valor para o diagnóstico diferencial. Assim, em um caso do Dr. Milton Ribeiro, em que o doente apresentava hemorragias intestinais com diagnóstico radiológico de diverticulite, sòmente com uma sigmoidoscopia é que foi evidenciada a exis-



NEURO-SEDATIVO - ANTI-ESPASMÓDICO - ANTI-CONVULSIVANTE : Na hiper-excitabilidade reflexa — Cárdio Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo ; Cárdio Vascular, Taquicardia Paroxistica, Extra-sistoles funcionais, etc) A base do CÉLEBRE LEPTOLOBIUM ELEGANS — CRATAEGUS OXIACANTA-BROMURETOS DE AMONIO, SÓDIO, POTÁSSIO, etc.

MODO DE USAR: { Adultos: 1 colher 15 cc 3 vezes ao dia em água açucarada. — Crianças: a metade.

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A. PRODUTOS FARMACEUTICOS

'Rua Ruy Barbosa, 365 a 377 — Fones: 33-3426 - 36-8075 — S. PAULO

tência de um pólipo, causador da

hemorragia intestinal.

Dados clínicos - Já tivemos ocasião de assinalar que a diverticulose é muito frequente. Portanto, é indispensável que se tenha em mente êsse fato. Somente quando existem dados precisos e sintomas característicos como nos casos agudos, é que se pode dizer que a sintomatologia é devida à diverticulite. Em outros casos, é necessário afastar a probabilidade de outra doença responsável pela sintomatologia. Assim, nos casos de: a) Hemorragia - Para a maioria dos autores, a diverticulite pouco sangra. No mais das vêzes trata-se de pequena perda de sangue vivo ou de melenas que não apresentam gravidade. No entanto, encontram-se na literatura casos de hemorragias graves causadas por diverticulites. Tanto nas Jornadas Argentinas de Proctologia, realizadas em Buenos Aires, em 1954, como na Reunião da Sociedade Espanhola de Patologia Digestiva e da Nutrição, realizada em Barcelona, de 5 a 7 de outubro de 1958, inúmeros casos de hemorragia grave por diverticulite foram apresentados. Não tenho experiência pessoal sôbre um só caso de hemorragia grave por diverticulite. No doente, de que já falei, a hemorragia nada tinha que ver com a diverticulite: era provocada por um adenoma do sigmóideo. No segundo caso, um doente com 74 anos, de estado geral ótimo, apresentando dôres no cólon e constipação, teve uma forte melena; o exame radiológico revelou diverticulite: um exame mais completo mostrou tra-

tar-se de um carcinoma do antro do estômago. O terceiro doente, com 60 anos, estado geral mau, teve uma grande melena que o obrigou a se hospitalizar; com o tratamento clínico melhorou bastante; o exame radiológico dos cólons, realizados no hospital, havia revelado diverticulite; exames posteriores evidenciaram uma grande úlcera duodenal. Creio, por essa razão, que sò se pode afirmar que uma melena é provocada por uma diverticulite quando fôrem afastadas tôdas as outras causas que poderiam originar essa hemorragia. b) Tumor palpável - Num doente, portador de um tumor palpável na fossa ilíaca esquerda em que, pelo exame sigmoidoscópico, nada foi encontrado e cujo exame radiológico tenha evidenciado diverticulite, é indispensável observar-se o resultado do trata-Quando não se conseguir nítida melhora, a intervenção deve ser indicada, pois é impossível afastar a hipótese de um tumor maligno. Mesmo em se tratando de uma diverticulite crônica recidivante, que não ceda ao tratamento bem orientado, acredito que deve ser indicado o tratamento cirúrgico.

Para finalizar, desejo apenas chamar a atenção para êste ponto: devemos ou não considerar a diverticulite como uma enfermidade pré-cancerosa? Pelo que tive ocasião de verificar na literatura e pela pequena experiência que tenho do assunto, sou de opinião que não há razão alguma para se considerar a diverticulite como uma doença pré-cancerosa.

Sessão em 25 de setembro de 1959

Presidente: Dr. Milton Cezar Ribeiro

Valor da biopsia retal e do exame de fezes pelo método de Hoffmann nó diagnóstico da esquistossomose. — Dr. Milton Cezar Ribeiro. — A finalidade dêste trabalho, feito em colaboração com o Dr. José Mandia Neto, foi a de situar o valor da biopsia retal e do exame de fezes, no diagnóstico da esquistossomose. Usamos a técnica de Hoffmann com exame

após 6 horas de sedimentação do material e, em caso de resultado negativo, com novo exame após 24 horas. Sempre usamos material de apenas uma evacuação.

A biopsia retal foi feita ao nível da 1.ª válvula de Houston e às vêzes na 1.ª e 2.ª válvulas, com exame de 3 a 4 retalhos de mucosa, sempre retirados de pontos distintos. Exame uma das maiores aquisições da terapêutica moderna

Reserpina Enila

Alcalóide puro da Rauwolfia serpentina

3 dosagens Comprimidos de: 0,10 mg
0,25 mg
1 mg

- ★ ANTI-HIPERTENSIVO la 2 comprimidos de 0,25 mg duas ou mais vêzes ao dia.
- **▼ TRANQUILIZADOR** 1 a 4 comprimidos de 0,10 mg por dia
- ★ DOENÇAS MENTAIS 1 a 4 comprimidos de 1 mg por dia

LABORATÓRIOS ENILA S. A.

UA RIACHUELO, 242 . FONE 32-0770 . RIO DE JANEIRO

Filial: Rua Marquês de Itú, 202 - Fones: 37-1508 e 37-1509 - São Paulo



direto, imediatamente após a biopsia, por esmagamento do material entre lámina e liminula, com soluto fisiológico. Os exames foram feitos sempre pelo mesmo técnico, sob nosso contróle, o que estabelece um conceito uniforme de interpretação dos achados.

Os doentes não foram selecionados, sendo o material de estudo constituí-do por pacientes de ambulatório e das enfermarias da Santa Casa de Miscricórdia de São Paulo, enviados a nosso Serviço paara biopsia retal, por suspeita de esquistossomose, quer pela procedência (nortistas e mineiros) ou pelo quadro clínico (cirroses hepa-

tosplenomegálicas).

Assim, examinamos 171 casos, com biopsia e exame de fezes. Nestes 171 casos, tivemos 78 com ambos os resultados negativos, pelo que se supõe não fôssem portadores de esquistossomose. Restaram então 93 casos, em que ambos ou um ou outro foram positivos. Assim, preferimos apresentar os resultados sóbre os 93 casos positivos, com os seguintes achados: biopsia retal positiva e Hoffmann positivo, 51 casos (54,84%); biopsia retal positiva e Hoffmann negativo, 28 casos (30,10%); biopsia negativa e Hoffmann positivo, 14 casos (15,06%).

Assim, dos 93 casos, a biopsia foi positiva em 79 casos (84,94%), tendo sido negativa em 14 casos (15,06%). Por outro lado, o Hoffmann foi positivo em 65 casos (69,90%). Desde, porém, que um dos exames fôsse negativo, o diagnóstico era feito pela biopsia, com duas vêzes mais frequencia que pelo Hoffmann, pois, revendo os casos estudados, verifica-se que, dos 42 em que não houve concordância de resultados, a biopsia foi positiva em 28, com Hoffmann negativo, e o Hoffmann positivo em 14, com biopsia negativa. Esta seria a pri-meira conclusão, de que a biopsia é mais vêzes positiva que o exame de Hoffmann. Logo, fazendo sòmente a biopsia retal faríamos diagnóstico em 84,94% dos casos e fazendo sòmente o Hoffmann faríamos o diagnóstico em 69,90%.

Sob outro aspecto, a título de curiosidade, pois nosso trabalho ainda está

em andamento, para conclusões finais, procuramos estudar os valores comparativos dos achados, considerando a presença de ovos vivos ou mortos na biopsia retal, com o resultado do exame de Hoffmann. Então, verificamos: biopsia positiva para ovos vivos e Hoffmann positivo, 39 casos (76,47% sôbre os 51 casos de biopsia e Hoffmann positivos); biopsia positiva para ovos mortos e degenerados e Hoffmann positivo, 12 casos (25,53% sôbre os 51 casos); biopsia positiva para ovos vivos e Hoffmann negativo, 12 casos (42,86% sôbre 28 casos de biopsia positiva e Hoffmann negativo); biopsia positiva para ovos mortos e degenerados, Hoffmann negativo, 16 casos (57,14% sôbre os 28

Analisando êstes dados, vemos que o Hoffmann é mais vêzes positivo, quando a biopsia revela ovos vivos de S. mansoni, e mais vêzes negativo quando a biopsia revela ovos mortos e degenerados. Não obstante, a proporção não parece ser obedecida rigorosamente, pois nos parece que deveríamos ter menos que 12 casos de Hoffmann negativo em biopsia com ovos vivos. Não foi, porém, o que mostrou o estudo dos casos.

Outro pormenor importante referese aos casos de hepatosplenomegalia, com ascite e varizes retais (hipertensão porta). Nos 171 casos tivemos 21 de hepatosplenomegalia, com ascite e varizes retais. Foram os seguintes os estudos comparativos dos exames de biopsia e Hoffmann: biopsia negativa e Hoffmann positivo, 10 casos; biopsia negativa e Hoffmann positivo, 2 casos; biopsia positiva para ovos vivos e Hoffmann positivo, 2 casos; biopsia positiva para ovos mortos e degenerados e Hoffmann positivo, 4 casos.

Assim, o Hoffmann foi sempre positivo nos casos de hepatosplenomegalia, embora a biopsia fôsse negativa em 5 casos. Considerando os casos positivos, para um ou outro exame, temos 11 casos. Nestes, sempre o Hoffmann foi positivo, mas a biopsia foi negativa em 5. Daí concluirmos que, em tais casos, o Hoffmann é bem superior à biopsia retal.

CENTRO MÉDICO DE RIBEIRÃO PRÊTO DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Sessão em 11 de agôsto de 1959

Emprêgo conjugado de enxêrto arterial homógeno e prótese de nylon no tratamento cirúrgico de aneurisma da aorta abdominal abrangendo a bifurcação. - Drs. Ruy Ferreira-Santos, Cláudio Tácito M. de Escobar e Pier Luigi Castelfranchi. - Os autores apresentam um caso de aneurisma arteriosclerótico da aorta abdominal infra-renal com comprometimento da bifurcação aortilíaca, que trataram mediante ressecção e restauração da continuidade vascular. O interêsse especial do caso está na solução adotada para esta restauração, com o emprêgo conjugado de enxêrto homógeno e prótese plástica.

J. M., 71 anos, masculino, branco, alemão, procedente de França, RG 8237, admitido em 4-2-1959, com queixa de tumor de crescimento lento na região para-umbilical direita, doloroso apenas quando palpado, datando de 5 meses. Ao exame verificou-se, além de enfisema pulmonar, hipertrofia prostática e hérnia ingüinal direta esquerda, um tumor pulsátil na região para-umbilical direita medindo 7 × 4 cm, de maior eixo longitudinal, pouco doloroso à palpação. A aortografia translombar, se bem que o contraste não tivesse enchido com-

pletamente o saco aneurismático, revelou a tortuosidade da aorta infrarenal. Operado em 9-3-1959 sob anestesia intravenosa por Thionembutal, mistura ganglioplégica e curare com entubação orotraqueal. Incisão mediana infra-umbilical prolongada cranialmente à esquerda do umbigo. Exposição transperitoneal do aneurisma, isolando-se e laçando-se com cadarço a aorta imediatamente abaixo das renais e as quatro artérias ilíacas, pois as ilíacas primitivas estavam envolvidas pela dilatação aneurismática. Como só se contava com próteses ou segmentos arteriais bifurcados e com nenhuma quadrifurcação, foi tomada a decisão de sacrificar uma das ilíacas internas, a direita, que foi ligada, e de restabelecer a continuidade dêste lado só com a ilíaca externa e. à esquerda, com ambas as artérias ilíacas. Para tanto, empregou-se uma prótese plástica de nylon corrugada (Edwards Tapp) em continuidade com a aorta, suturando-se um ramo da prótese à artéria ilíaca externa direita e o outro ramo às duas artérias da esquerda com a interposição de uma bifurcação aortilíaca homógena conservada em álcool a 70% durante 10 dias. Quase tôdas as suturas foram continuas evertentes com

RUBROMALT

Extrato de malte Com as Vitaminas B₁₂, A e D Complexo B, Extrato de Fígado Aminoácidos e Minerais.

INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitinguí, 165 - São Paulo, Brasil

sêda 5-0, salvo as feitas entre o homoenxêrto e as arterias da esquerda, que foram chulcio simples.

A sequência das manobras foi a seguinte: 1) Ligadura e secção da artéria mesentérica inferior. 2) Sutura do homoenxêrto bifurcado a um dos ramos da prótese. 3) Clampagem das ilíacas primitiva, interna e externa esquerdas e secção das duas últimas, permanecendo a circulação para o membro inferior direito. 4) Sutura das ilíacas homógenas às ilíacas receptoras esquerdas. 5) Clampagem proximal da aorta infra-renal e distal das ilíacas direitas. 6) Secção da aorta e das ilíacas direitas, removendo-se todo o aneurisma, salvo a face pósterolateral direita, que é deixada aderida à veia cava inferior. 7) Anastomose entre a prótese e a aorta. 8) Clampado o ramo direito da prótese, soltam-se o clampe aórtico e os das ilíacas esquerdas, restabelecendo-se a circulação para o membro dêste lado. 9) A anastomose entre a prótese e a ilíaca externa direita e ligadura da ilíaca interna dêste lado. 10) Restabelecimento da circulação à direita. Os tempos de interrupção circulatória (em minutos) foram: ilíacas esquerdas, 50: aorta, 15: ilíaca externa direita, 35; circulação só pela direita, 50; circulação só pela esquerda, 20.

O paciente teve pós-operatório sem anormalidades, salvo espasmo temporário à direita, medicado por infiltração anestésica paravertebral.

Teve alta no 12.º dia. Uma aortografia translombar após 71 dias mostrou perfeita permeabilidade de tôdas as anastomoses. Com 63 dias de evolução o paciente foi submetido a resseção endoscópica da próstata, sem acidentes.

Uronefrose gigante. — Dr. Geraldo Zambianchi. — O autor, após conceituação da nomenclatura, faz considerações sóbre os processos patológicos puros de obstrução urinária ao nível da junção pielureteral e também sóbre o mecanismo uronefrótico. Inicialmente, mostra, em diapositivo, um caso de uronefrose em bacinete infrahilar, em que foi praticada a cirurgia radical, única solução desde que a destruição parenquimatosa houvera

sido total. A seguir, apresenta o caso de uronefrose gigante, com capacidade de 950 cm³, em bacinete extrahilar (òbviamente) de rim funcionante, em que foi praticada, com sucesso, cirurgia conservadora (Foley-plastia, com larga ressecção piélica), motivada por inserção alta de ureter. paciente, de 13 anos de idade, chegara às suas mãos com o bacinete direito drenado por pielostomia transperitoneal, desde que fôra operado cêrca de 1 mês antes, por apresentar síndrome de oclusão intestinal (compressão duodenal?). Na ocasião, o cirurgião apenas se limitara à pielostomia referida, o que fêz com sonda de Malecot (fr. 12). Tal fato dificultou sobremaneira o segundo ato cirúrgico, pois aderências anteriores impediram o manuseio ideal da área operatória. De qualquer forma, a Y-plastia foi possível, porém, a ressecção piélica sòmente se tornou exequivel na face posterior. A capacidade do bacinete foi assim reduzida para aproximadamente 29 cm8 e a função renal, preservada.

O autor ilustra o fato com diapositivos praticados no pré e pós-operatório, por intermédio de pielureterografías descendentes pela sonda de pielostomia, transperitoneal e transrenal (nefrostomia) respectivamente. Por último, demonstra o resultado final por urografía excretora.

Câncer do esôfago como complicação de megaesôfago. — Dr. L. H. Câmara-Lopes. — O aparecimento de 2 casos de carcinoma de esôfago num grupo de pouco mais de 70 doentes de megaesôfago operados no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Prêto, justifica, segundo o autor, esta apresentação em virtude da aparente raridade da concomitância das duas afecções.

E esta justificação cresce de importância, se lembrado que nos dois casos o diagnóstico clínico foi feito em vida, confirmado radiològicamente, e um dêles, tratado cirùrgicamente com bom resultado imediato; o outro caso, embora esclarecido, não póde mais ser tratado adequadamente dadas as condições precárias com que procurou o hospital, vindo a falecer dentro em

BIOSERINA

Que é Bioserina?

- E' uma associação de Novocaina e extrato potencializado de órgãos.

Qual a importância e interêsse da associação?

— O extrato de órgãos por si só, é poderoso fator de melhoria das condições glandulares, nervosas e vasculares de indivíduos senís, restabelecendo a vivacidade, a disposição e elasticidade, além de possuir notável ação anti-tóxica, anti-alérgica e protetora da célula hepática.

O extrato de órgãos tem ação sinérgica e potencializadora sôbre os efeitos eutróficos, revitalizantes e de recuperação orgânica apresentados pela Novocaina.

Quais os resultados do emprêgo de Bioserina?

- Bioserina determina:
 - a) Desaparecimento da sintomatologia dolorosa.
 - b) Melhora dos movimentos articulares.
 - c) Melhora do quadro da artério-esclerose.
 - d) Melhora das condições cárdio-circulatórias.
 - e) Melhora das condições psíquicas.

FÓRMULA:

Cloridrato de Novocaina 0,100 g. Extrato potencializado de órgãos 5 ml.

INDICAÇÕES:

Profilaxia e tratamento dos transtornos de senilidade — Artério-esclerose — Hipertensão arterial — Artropatias — Caducidade — Dores e nevralgias em geral.

Um produto garantido com a marca CLIMAX



LABORATÓRIO CLIMAX S.A.

Rua Joaquim Távora, 651 - 780 — São Paulo, Brasil

breve. Reforçando esta importância está o fato de que uma das zonas do mundo mais ricas em megaesôfago é o Brasil, onde o tratamento dessa afecção ainda se faz quase exclusivamente de modo aleatório, procurando-se apenas minorar a disfagia, sintoma cardial da moléstia.

Revendo a literatura dessa complicação do megaesófago, o autor ficou surprêso diante do número de casos atualmente citados, apesar de muitos déles terem sido achados de autópsia.

Descreve a seguir resumidamente seus dois casos, cujos quadros clínicos eram típicos de megaesôfago, com algum tempo de duração, dentro da idade do câncer (tinham 50 e 51 anos), contando alterações repentinas de suas disfagias, características dessa associação (emagrecimento acentuado, hemorragias, perda rápida e progressiva de fórças, complicações respiratórias, etc.). Num dos pacientes o tumor era baixo, caracterizando-se por piora da disfagia. No outro, de têrço médio, embora o tumor não fôsse estenosante, invadiu a parede posterior da traquéia, produzindo fístula esofagotraqueal com tôdas suas consequências. Aquêle pôde ser ressecado, tendo sobrevida de 14 meses em boas condições até que recidiva ao nível da anastomose e metástase pulmonar o levou à morte. Este, portador de forma não estenosante, teve evolução silenciosa até que a fístula respiratória o obrigou a procurar tratamento, porém já muito tarde. É para esta forma, especialmente, que o autor chama a atenção, onde a evolução silenciosa dificulta o diagnóstico, ocasionando maior número de vítimas.

O trabalho é ilustrado e documentado com numerosos diapositivos,

Câncer do esôfago: padronização técnica para os vários níveis de localização tumoral. — Dr. L. H. Câmara-Lopes. — Após apresentar sumàriamente seus resultados com o tratamento cirúrgico do carcinoma do esôfago, que não considera bons se analisados do ponto de vista da sobrevida tardia, apesar de se superporem aos encontrados na literatura especializada, indicando para as várias loca-

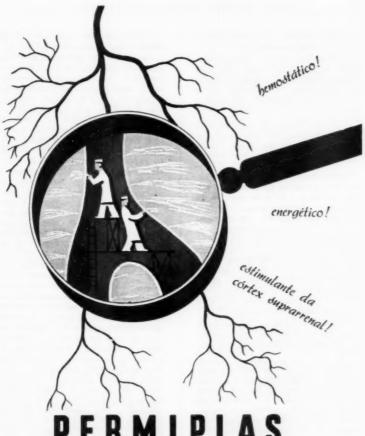
lizações, condutas que espera possam dar melhores consegüências.

Como o diagnóstico precoce é considerado o único modo de se conseguir cura da moléstia, ou, pelo menos, sobrevidas mais longas, e como a maioria de nossos doentes chega ao cirurgião tardiamente, o autor procura contornar essa dificuldade realizando intervenções mais extensas, onde a margem de segurança possa ser ampliada.

Contudo, o que mais autoriza o autor a indicar essas novas condutas foi o resultado de suas pesquisas relativas ao sistema linfático do esôfago. Dissecando uma série de cadáveres de portadores de câncer do esôfago, o autor encontrou lesões neoplásicas em gânglios e no próprio órgão, à distância do tumor primitivo, convencendo-se por isso da inutilidade das ressecções parciais ou segmentares, mesmo que se retire com a lesão, e em monobloco, todo o tecido celular frouxo mediastínico peritumoral. Nas suas dissecções encontrou gânglio localizado junto ao estreito superior do tórax, quase sempre longe do tumor primário e que por êsse motivo não é ressecado, reproduzindo a moléstia.

Não levando em conta o carcinoma do segmento cervical do esôfago, que trata pelo método de Wookey, o autor indica as seguintes técnicas:

Tumores operáveis (tanto por tratamento curativo quanto paliativo) -Sempre em dois tempos operatórios. I – Ouando o tumor está no esôfago torácico: via de acesso, toracotomia direita; 1.º tempo, esofagectomia subtotal + esofagostomia cervical direita + gastrostomia; 2.º tempo, esofagogastrostomia cervical por tunelização retrosternal. II - Quando o tumor está no esôfago inferior: via de acesso, toracotomia esquerda + frenotomia; os dois tempos como no caso anterior (a esofagostomia é esquerda). III -Quando o tumor está localizado na cárdia e/ou no pólo superior do estômago: via de acesso, toracotomia esquerda + frenotomia; 1.º tempo, esofagectomia + gastrectomia subtotais com toalete ganglionar subfrênica + esofagostomia cervical esquerda + fístula alimentar; 2.º tempo, eso-



PERMIPLAS

Substituto do plasma sanguineo Normalizador da permeabilidade capilar

Mono-semicarbazona do adrenocromo (MSA) em soluto isotónico de sais minerais, com pH=7

Choques hemorrágico e não hemorrágico (traumático, tóxico, cirúrgico e decorrente de queimaduras). Prevenção e tratamento de hemorragias operatórias.

Frasco com 500 ml

fagocoloplastia por tunelização retrosternal com o cólon direito.

Tumores inoperáveis — Faz apenas curto circuito, num único tempo cirúrgico, realizando esofagocoloplastia por tunelização retrosternal com o cólon direito, qualquer que seja o nível da lesão.

O autor documenta seu trabalho com diapositivos dos achados de dissecção do mediastino e dos vários tipos cirúrgicos que vem executando.

Esofagectoma e gastrectoma subtotais no tratamento do câncer do esófago terminal e do pólo superior do estômago. Técnica pessoal. Considerações em tôrno de caso operado. — Dr. I., H. Câmara-Lopes. — A ocorrência de recidivas e de metástases tumorais dentro de prazos, em geral, não muito afastados das ressecções esofágicas por neoplasias, tem trazido descrédito aos métodos clássicos utilizados até o momento. De todos os lados, artigos vêm confirmar esta realidade desanimadora.

No presente trabalho, o autor apresenta seu primeiro paciente operado por esofagectomia e gastrectomia subtotais.

Caso clínico: lavrador com 59 anos, referindo disfagia progressiva e rápida até para líqüidos há 3½ meses, sensação de parada dos alimentos ao nível do apêndice xifóide, dor retrosternal baixa, eructações freqüentes. Vómitos há 45 dias; teve hematêmese de pequena monta. Perdeu cêrca de 5 quilos, sentindo-se incapaz para o trabalho. Exame físico sem interêsse. Aos raios X, parada temporária do contraste ao nível da cárdia, onde se

notava defeito de enchimento invadindo a parte alta da pequena curvatura. Na esofagoscopia, a 40 cm da arcada dentária, sangramento mucoso fácil, notando-se formação vegetante, mamelonada, obstruindo quase totalmente a luz do esófago terminal. Em 4-11-1958, por toracotomia esquerda + frenotomia foi realizada esofagectomia e gastrectomia subtotais, retirando-se em monobloco epíploons, gânglios suspeitos da pequena curvatura, paresofágicos, do território linfático da artéria esplênica e do tronco celíaco. Fechamento do diafragma e da parede torácica. Esofagostomia cervical esquerda e gastrostomia no côto gástrico. Alta hospitalar em 12-11-1958. Nota: na peça cirúrgica, alguns centímetros acima do limite superior do tumor, já em tecido esofágico normal, havia ulceração mucosa, de aspecto tumoral, que teria por certo ficado no órgão, se tivesse sido escolhida uma ressecção parcial do esófago em vez da ressecção subtotal. O trânsito foi reconstruído em 9-2-1959, tendo sido usado um segmento proximal de jejuno, visto a ligadura involuntária da artéria cólica direita ter impossibilitado a utilização do cólon direito na feitura da esofagoplastia retrosternal. rante êste ato cirúrgico, a inspecção cuidadosa do andar supramesocólico não revelou a presença de metástases Dez meses decorridos da tumorais. primeira intervenção, o reexame dêsse paciente mostrou-o passando bem, com aumento ponderal de 6 quilos.

O caso é documentado com diapositivos de radiografias pré e pós-operatórias, além de fotografias da peça operatória e do paciente.

Sociedade Médica São Lucas

Sessão em 26 de janeiro de 1960

Presidente: Dr. Adalberto Leite Ferraz

Adenoma fetal da tireóide. — Dr. Sebastião Hermeto Júnior. — O orador usou da palavra para tratar do adenoma fetal da tireóide, sua importância em patologia e em clínica, ba-

seado na revisão de 90 casos registrados em vários Serviços da Santa Casa de São Paulo. Expôs o conceito e as características do adenoma fetal da tireóide. A histogenese é ainda discutível. As hiperplasias nodosas têm relação estreita com o câncer. O adenoma fetal, geralmente solitário, tem tendência a proliferar no sentido blastomatoso. Tem seu aparecimento na adolescência, geralmente à direita da tireóide, indolor. Os aspectos clínicos da moléstia foram expostos. A conduta do tratamento é retirar todo o lobo comprometido. Por fim, apresentou numerosos diapositivos, com que expôs os característicos da entidade.

O assunto foi discutido pelos Drs. João Noel von Sonnleithner e Eurico Branco Ribeiro, propondo êste a denominação mais clara de "adenoma tireoideano pseudo-fetal". A coincidência com outros estados patológicos da tireóide pode ser observada, mas não é muito comum. A lobectomia é aconselhada pela relativa freqüência da transformação cancerosa.

Sessão em 9 de fevereiro de 1960

Presidente: Dr. Adalberto Leite Ferraz

Colangiografia operatória. - Dr. David Rosenberg. - O autor discorreu sóbre a colangiografía operatória, fêz o histórico da sua introdução em São Paulo e expôs a sua evolução desde que foi proposta por Mirizzi. Discutiu os inconvenientes da colangiografia e as razões dos que a abandonaram. Ressaltou os casos em que se justifica a colangiografia. Nos coledocos dilatados quando não se palpam cálculos, justifica-se a colangiografia. Se esta não se fêz no ato operatório, a colangiografia pós-operatória pode demonstrar a presença de cálculos no coledoco e então o método de Peibram pode dar resultado, evitando nova intervenção. Mostrou diapositivos de casos em que a colangiografia operatória não deu as informações que dela se esperavam. Mostrou, também, outros em que foi de grande utilidade no despistamento de cálculos não suspeitados. Referindo-se à papilotomia, limitou as suas indicações e mostrou que a manometria não resolve a questão de indicações. A drenagem do colédoco resolve muitos casos em que a papilotomia seria indicada. Conclui que nem mesmo a colangiografia dá informes 100% seguros.

Recordou o Dr. Moacyr Boscardin as discussões inconclusivas entre Velasco Suarez e Mirizzi: referiu a sua experiência pessoal, precisando as indicações da colangiografia operatória.

Da sua experiência de clínico falou o Dr. Carlos de Oliveira Bastos, fazendo referência a casos pessoais de câncer do colédoco em que a colangiografia foi de real vantagem: a freqüência de imagens aéreas no colédoco é grande e pode trazer dificuldades na interpretação.

O Dr. Eurico Branco Ribeiro fêz considerações sôbre a colangiografia operatória, referindo-se às primeiras realizadas em São Paulo, graças às iniciativas concomitantes dos Profs. Benedito Montenegro e Eduardo Co-

Ainda sôbre o assunto falou o Dr. David Rosenberg.

Nova Diretoria. - A seguir foi escolhida por aclamação, segundo proposta do Dr. Paulo G. Bressan, a nova Diretoria da Sociedade, que ficou assim constituída: Presidente, Dr. Paulo G. Bressan; Vice-presidente, Dr. Enrico Ricco; 1.º Secretário, Dr. Eurico Branco Ribeiro; 2.º Secretário, Dr. José Saldanha Faria; 1.º Tesoureiro, Dr. Luís Branco Ribeiro; 2.º Tesoureiro, Dr. Cesário Tavares; Bibliotecário. Dr. Moacyr Boscardin: Conselho Consultivo: Drs. Waldemar Machado, Adalberto Leite Ferraz, Roberto Deluca, João Noel von Sonnleithner e Nelson Campanile.

Sessão em 23 de fevereiro de 1960

Presidente: Dr. Adalberto Leite Ferraz

Tratamento das verminoses. Prof. Dr. João Alves Meira. - O orador proferiu sua conferência sôbre o tratamento das verminoses, especialmente da ancilostomose, enterobiose, escaridose e estrongiloidíase. Na ancilostomose o tetracloroetileno marcou um progresso sensível, pois é pouco tóxico e é eficiente, não deve ser usado nos hepáticos. O hidroxinaftoato de befênio é medicamento atóxico vindo do Ceilão e de grande utilidade nos casos severos, onde é de efeito seguro. A enterobiose era combatida pela violeta de genciana; hoje a piperazina e o iodeto de ditiazanina são mais empregados. Na ascaridiose o hexilresorcinol é ainda empregado, mas aí também tem indicação o iodeto de tiazanina, pois produz porcentagem apreciável de bons resultados. A piperazina é, porém, o medicamento de eleição na ascaridiose. A estrongiloidíase pode ser muito grave: é combatida hoje com o iodeto de tiazanina, com grande sucesso. O trichocephalus trichiuro é geralmente pouco patogênico, mas às vêzes merece tratamento e o iodeto de tiazanina resolve a sua infestação.

Referiu-se o Dr. Moacyr Boscardin à obstrução parcial por ascaris. O Dr. Paulo G. Bressan referiu-se às anemias verminóticas.

Ao combate à ancilostomose referiu-se o Dr. Nelson Campanile.

Relatou o Dr. Adalberto Leite Ferraz, a sua antiga experiência de médico do interior, quando ali residia.

Perfuração da traquéia. — Dr. Heraldo Câmara Lopes. — Apresentou um caso de reprodução da traquéia aproveitando a parede do esófago. Os característicos do caso foram minuciosamente recordados. Numerosa documentação fotográfica, inclusive de atos cirúrgicos, foi apresentada.

Comentários: Foi sugerido pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro fazer-se também uma broncografia para documentação do resultado obtido.

Pelo Dr. Moacyr Boscardin foi comentado o caso.

A seguir o Dr. Heraldo Câmara Lopes tratou do câncer do esôfago, apresentando a sua experiência pessoal com técnica própria.

O Dr. Moacyr Boscardin apreciou os resultados apresentados e citou casos pessoais ilustrativos dos argumentos citados.

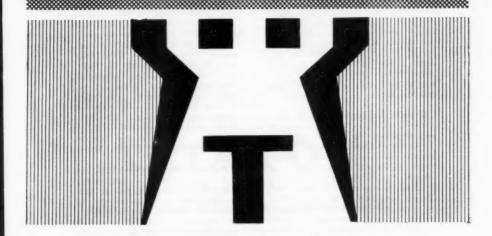
Sanatório São Lucas

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

DIRETOR: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Peça informações sôbre o "Estágio de aperfeiçoamento" mantido pelo Sanatório São Lucas

Rua Pirapitinguí, 80 - Tel 36-8181 - SÃO PAULO



TORRES

IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Arquivos de Neuro-Psiquiatria, Vol. 18, n.º 2, Junho de 1960. - Mieloses funiculares: considerações a propósito de 110 casos. - Dr. Horácio Martins Canelas; Histopatologia das terminações nervosas na laringite tuberculosa - Dr. José Fernandez; Quadro clínico do lobo orbitário, com crises cerebelares: cisticercose racemosa do ângulo ponto-cerebelar - Drs. Aníbal Silveira, Mário Robortella e Walter E. Maffei; Esquistossomose medular - Drs. Edístio Pondé, Ely Chaves e Plínio Garcez de Sena; Problemas psiquiátricos em Geriatria - Dr. Marcelo Blaya.

Boletim de Oncologia, n.º 2, fevereiro de 1960. — A quimioterapia anti-neoplásica na União Soviética, Alemanha Ocidental, França, Inglaterra e Itália — Dr. David Erlich; Câncer de cicatriz de queimadura na criança — Prof. Antônio Prudente e Dr. José Batista da Silva Neto; Carcinoma baso-celular do seio piriforme esquerdo com invasão da hemilaringe esquerda, operado — 196.ª Reunião anátomo-clínica.

Caderno de Terapêutica, Vol. V, n.º II. 1960. - Tratamento do diabetes Melito - Dr. Domingos A. Lomonaco; Estudos comparativos da ação do hidroxinaftoato de befênio e do iodeto de ditiazanina no parasitismo por helmintos intestinais -Drs. Orlando R. da Costa, Octávio B. Cascaes e Edith Seligmann Silva; Kloeckera apiculata Janke. Seu assiassinalamento em paciente do sexo feminino - Dr. Jarbas S. Silveira; Aspectos clínicos gerais das epidermomicoses - Dr. Alexandre Mello Filho; Hipóxia - Dr. Reynaldo Paschoal Russo.

Maternidade e Infância, Vol. XIX, 1, janeiro-março de 1960. — Preclinical epidermoid carcinoma of the uterine cervix - Dr. E. Sitchin; Hipertensão e gravidez - Drs. Artur de Almeida e Fernando Prestes Cesar: Sindrome de Asherman - Dr. Arie Askenazy; O problema do condiloma acuminado em obstetrícia - Dr. Osmario Borges de Macedo; Considerações gerais sôbre a osteopsatirose (apresentação de 3 casos) - Dra. Helga Mazzarolo Cruz; Fórmula estimativa de substituição durante a exsangüíneo-transfusão - Drs. Fábio Francisco Porrino, Domenico Barbieri e Humberto Costa Ferreira; Hipoacusia progressiva familiar na infância por sífilis hereditária tardia - Dr. Sílvio Marone; Desnutrição - Síndrome de recuperação nutricional - Dr. Carlos Büller Souto; À memória de Robert Schröder - Dr. H. Runge (Heidelberg). Tradução de J. C. A. Moura.

Pediatria Prática, Vol. XXXI, fasc. 2, fevereiro de 1960. — Afecções anoretais na infância — Dr. José de Araújo; Diagnóstico e tratamento das manifestações convulsivas em crianças — Dr. Antônio B. Lefèvre; Tétano do recém-nascido, resultados da inoculação, em camondongos, do côto umbilical mumificado de recém-nascidos com tétano (Nota prévia) — Dr. Dácio Pinheiro.

Publicações Médicas, — Ano XXX, n.º 206, 1959. — Angina de peito e ligadura das artérias mamárias internas — Drs. João Elias, Miguel Falci e Jayme Vitule; Anestesia em amigdalectomia e adenoidectomia — Dr. Luís Calderon Beltrão; ACTH em psiquiatria — Dr. Aníbal da Silva Marques; Nossa experiência com o Biltroth I — Dr. Alcides Arroyo; Indicações terapêuticas das grandes doses de vitamina Bi — Dr. J. Bonnet de la Tour.

Resenha Clínico-Científica, Ano XXIX, n.º 2-3, fevereiro-março de 1960. — Métodos diagnósticos na prá-

CIFERCO

Quelato de ferro com sorbitol

CIFERCO é constituído pelo citrato de ferro e colina sob a forma de quelato, recente aplicação terapelutica que permite maior absorção do ferro pelo trato gastrintestinal e reduz ao mínimo a sua toxidade. Adicionas e sorbitol para favorecer a absorção do ferro.

CIFERCO possui sôbre os preparados ferrosos tradicionais as seguintes vantagens:

- a) ferro sob a forma de quelato fàcilmente absorvível e bem tolerado, mesmo quando administrado com o estômago vazio;
- b) sorbitol em dose suficiente para melhorar a absorção do ferro pelo trato gastrintestinal e favorecer a sua fixação;
- c) na forma de quelato, o ferro não apresenta o gôsto desagradável característico dos

- outros compostos hidrossolúveis e não provoca diarréia;
- d) pode ser fàcilmente ministrado às crianças misturado ao leite ou suco de frutas.
- INDICAÇÕES: Anemias hipocrômicas e ferriprivas. Coadjuvante no tratamento da ancilostomose. Anemias por perda de sangue crônica. Anemias gravídicas. Estados de desnutrição com carência de ferro. Crescimento e convalescença.
- Fórmula: Cada colher de sobremesa (10 cm²)
 - Citrato de ferro e colina (quelato) 0,32 g (equivalente a 0,040 g de Fe)
 - Sorbitol 3,00 g Água aromatizada q. s. p. 10 cm³

TRIATOX

comprimidos

Hépato - Protetor - Colerético - Antisséptico biliar

TRIATOX constitui uma associação de fatôres lipotrópicos (hexacetil-inosito). DL-Metionína) e N-hidroximetil-nicotinamida, colerético e antisséptico das vias biliares.

O hexacetil-inositol é de ação superior ao inositol da inibição do acúmulo patológico de gorduras no figado e das alterações celulares conseqüentes à administração de tetracloreto de carbono ou às dietas hiperlipídicas. A atividade lipotrópica da metionina é bastante conhecida, atuando como doadora de metilas.

A N-hidroximetil-nicotinamida é um agente terapétutico de grande eficácia na afecções inflamatórias das vias hépato-biliares com ação bactericida bacteriològicamente

comprovada contra germes isolados de tubagens duodenais, além de atividade colerética e espasmolítica nas cólicas biliares.

Indicações: Tratamento das hepatites, das discinésias biliares e das toxi-infecções com insuficiência hepática. Como complemento dos regimes dietéticos pobres em proteínas. No pré e pós-operatório da cirurgia gastrintestinal. Arterosclerose e outras perturbações do metabolismo do colesterol.

FÓRMULA: Cada comprimido de 0,60 g contém:

Hexacetil-inosit	ol													0,30 g
DL-metionina										*				0,15 g
N-hidroximetil-	-ni	ic	00	ti	n	a	I	n	ic	1:	h		0	0,05 g
Excipiente q.s.t	D.							_				_	_	0.60 g

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.

Rua Maria Cândida, 1549 - Telefone 3-8557 - São Paulo

tica endocrinológica —Drs. Robert B. Greenblatt, Nicanor Carmona e A. P. Rosenberg; Sóbre o valor clínico de alguns dados de laboratório (Volume sangüíneo e suas frações — proteínas circulantes totais e quadro eletroforético) em cirurgia e o significado de suas variações pós-operatórias precoces — Drs. A. Sartori e G. Montanari; Hemorragias intraperitoneais de origem ovariana não gravídica — Dr. Israel Zalmon.

Revista Brasileira de Abreugrafia, Vol. I, n.º 1, 1959. - L'Avenir de la radiophotographie - Dr. Manoel de Abreu; A abreugrafia em nosso meio - Dr. Mário de Mello Faro; Considerações sóbre a difusão da abreugrafia - Dr. João Ernani Bettega; Comparação entre a abreugrafia e teleradiografia - Dr. Alceu Santos de Almeida; Sombras apicais na abreugrafia - Dr. Francisco Boscardin Netto; A utilidade prática das posições P. A. e A. P. nos exames abreugráficos - Dr. Dirceu Dalledone; Abreugrafia, arma fundamental na luta moderna contra a tuberculose - Dr. Oswaldo Dias.

Revista Brasileira de Radiologia, Vol. 2, n.º 3-4, julho a dezembro de 1959. – Régua para calcular regimes radiográficos (Nota prévia) - Dr. João Eduardo O. Irion; Técnica do exame do reto e sigmóide - Prof. Juan Antonio Orfila; Disostose encondral metafisária na infância Drs. Samuel Schvartsman, Antranik Manissadjian e Prof. Rafael de Barros; Investigações clínico-radiológicas sôbre o comprometimento do aparelho digestivo na moléstia de Chagas (Nota prévia) - Dr. Luiz Carlos Fonseca; Incidência da silicose nas minas de carvão do sul catarinense - Dr. Raimundo Perez.

Revista do Hospital das Clínicas, Vol. XV, n.º 2, março-abril de 1960. — Estudo sóbre idade óssea, cálcio, fósforo e atividade da fosfatase alcalina em crianças de meio sócio-económico inferior: I Resultados em lactentes — Drs. Eduardo Marcondes Machado, Fernando Chammas, Hebe da Silva Coelho, J. Aleixo da Silva, Fernando Proença de Gouveia, Francisco de Paula Neves Filho e José Augusto Nigro Conceição: Influência de vitaminas, quimioterápicos e antibióticos na osmolaridade de soluções eletrolíticas - Drs. Eduardo Marcondes Machado e Marcello Marcondes Machado; Desidratação aguda: esquema de tratamento fluidoterápico empregado na Clínica Pediátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - Drs. Eduardo Marcondes Machado, Hedda A. de Oliveira Penna e Fernando Proenca de Gouveia; Estudo eletroforético das proteínas séricas em indivíduos normais das raças branca e preta - Drs. Geraldo Antonio de Medeiros Neto e Gunter Hoxter: Ensaios preliminares com a prova da coccidioidina em nosso meio - Drs. Carlos da Silva Lacaz, Ernesto Mendes, Paulo B. Carvalho Fontes, Carlos R. Miksche e Terezinha Salomão; Invaginação retrógrada jejuno-gástrica aguda; revisão bibliográfica e estudo de 4 casos - Drs. Wilmes R. G. Teixeira, Paulo D. Branco, Mário Ramos de Oliveira e Alípio Corrêa Neto; Alterações eletro-cardiográficas observadas durante o tratamento da blastomicose pela anfotericina B: nota preliminar Drs. João Tranchesi, Carlos Luiz Campana e Sebastião A. P. Sampaio.

Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, Vol. 2, n.º 1, janeiro-fevereiro de 1960. - Galeria de Tropicalistas Brasileiros - Drs. Emílio Ribas e L. Rey; Associação de estreptomicina e de diamino-difenilsulfona (DDS) no tratamento da lepra murina - Dr. A. C. Mauri; A clorofenoxamida como possível quimioprofilático antiamebiano - Drs. I. de Carneri e G. Coppi; Patologia da doença de Chagas experimental no camundongo: I. Alterações do trato digestivo, com uma referência à arterite necrosante - Drs. M. Okumura, T. Brito, L. H. P. Silva, A. C. Silva e A. Corrêa Netto; Alterações pulmonares observadas no tratamento antimonial da esquistossomose -Drs. A. Prata e R. Machado; Contrôle do vômito devido à ditiazanina, uma droga antiparasitária - Drs. F. Fiagi-F, O. Pinzon e A. Martuscelli-Q;

CLORGIN Compeserpting

Associação de um novo diurético (Clorotiazida) não mercurial, atóxico e ativo por via gástrica à Reserpina, reconhecido hipotensor e sedativo.

melhor efeito hipotensivo.

sedação adequada, combatendo a irritabilidade, palpitações e insônia.

efeito diurético, sem prejudicar o equilíbrio eletrolítico do organismo.



instituto farmacêutico de produtos científicos xavier

Estudos sóbre a reação da precipitina aplicada à identificação de sangue ingerido por triatomíneos — Dr. A. F. Siqueira; Verificação de Flavobacterium meningosepticum King, 1959, em São Paulo — Drs. C. Solé-Verin, C. M. Ulson e M. Zuccolotto.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XVIII, n.º 8, agósto-dezembro de 1958. — Eventrações eviscerações pós-operatórias, estudos de 105 casos — Drs. Mário Ramos de Oliveira, Plínio Bove, Pedro de Alcântara Vicente de Azevedo e Paulo D. Branco; Hipertensão portal por bloqueio infrahepático — Prof. Giorgi Domenici; Esfincterotomia subcutâneo-mucosa no tratamento da fissura anal — Técnica original — Dr. Milton César Ribeiro; Coloboma congênito das pálpebras — Dr. José Luiz Lemos da Silva.

Revista Paulista de Hospitais, Vol. VIII, n.º 2, fevereiro de 1960. - Malcolm T. Maceachern - Dr. Hilton Neves Tavares; Epidemiologia e o hospital - Dr. Ary Walter Schmid; O Ambulatório. Sua importância -Dra. Lourdes de Freitas Carvalho; A profissão de enfermeira - Décio Silveira Pinto de Moura; Control de ruidos en el hospital - Dr. Luiz A. de la Torre; Importância do brinquedo no desenvolvimento da crianca - Nahyda de Almeida Velloso; O hospital e o paciente - Irm. Maria Diva Cesario; Conservação do piso das unidades hospitalares - Ruth F. Ottoni.

Revista Paulista dos Hospitais, Vol. VIII, n.º 3, março de 1960. — Importância do serviço de arquivo médico e estatística, suas relações com os outros serviços do hospital — Dra. Lourdes de Freitas Carvalho; A pintura a côres nos hospitais — Arquiteto Pedro Lembert; Reabilitação profissional no Sanatório "Clemente Ferreira", de Lins; Administração do centro cirúrgico — Eulina Bastos

Richter; Recrutamento e seleção de pessoal hospitalar — Gildette Medeiros; Problemas com a roupa hospitalar — Dr. S. Gonzaga Morbach; O espírito cristão no exercício da enfermagem — Pe. Roberto Pinarello de Almeida.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 56, n.º 4, abril de 1960. - Pancreatite aguda pós-operatória - Drs. Orlando Lodovici e Arrigo Antonio Raia; Patologia macroscópica e estadiamento do câncer da bôca - Dr. Jorge Fairbanks Barbosa: Síndrome de Bloch-Sulzberger (incontinência Pigmenti) - Drs. Vinício de Arruda Zamith e Luiz Augusto M. de Toledo; Sôbre um caso de provável histoplasmose-infecção com localização pulmonar. Evolução de 7 anos -Drs. Hugo Cerello, Gildo Del Negro e Carlos da Silva Lacaz; Dermatite factícia - Drs. Clovis Martins e Sebastião A. P. Sampaio; Acidos aminados essenciais (histidina e triptofano) e vitaminas (ácido ascórbico) na alergia - Dr. Ernesto Mendes.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 56, n.º 5, maio de 1960. - Função renal no pré e no pós-operatório imediato na criança: influência do trauma cirúrgico na dinâmica renal -Drs. Guilherme Mattar, Fauze Calil Adde, Oswaldo Cruz, Mario Elias Arra e Primo Curti; Icterícia e comprometimento hepático na blastomicose sulamericana. A propósito de 10 casos. Revisão bibliográfica - Drs. Italo Boccalandro e F. J. Mello e Albuquerque; Casos autóctones de esquistossomose mansônica em São José dos Campos, São Paulo — Drs. Oswaldo Martins Toledo, José Santo e Jonas de Almeida; Ocorrência de leishmaniose tegumentar americana autóctone no Município de São Paulo e adjacências - Drs. Estão de Almeida Neto e Nelson Proença; Reabilitação: a terceira fase da medicina - Dr. Howard Rusk: Sarcoidose - Dr. Mansur Bittar Gebara.



ACROMICINA Pomada Tópica





Preferida pela sua eficiência

no tratamento das infecções piogênicas superficiais da pele e como preventivo contra a infecção de feridas, queimaduras, incisões cirúrgicas, etc.

Contém 30 mg de cloridrato de tetraciclina cristalina; 3°/_o para cada grama de petrolato de lanolina.

Divisão LEDERLE Cyanamid Química do Brasil S. A.

Rio de Janeiro: Av. Rio Branco, 131 - 21.º andar — São Paulo: Rua Lavapés, 326

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Homenagem

Prof. Aguiar Pupo. - Diversas homenagens foram prestadas no dia 12 de maio do corente ano ao professor João de Aguiar Pupo, no Hospital das Clínicas, por ocasião de seu afastamento da cátedra de Dermatologia e Sifiligrafia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Pela manhã, às 8 e 30, foi celebrada missa na capela do Hospital das Clínicas; em seguida, foi inaugurado um busto do professor Aguiar Pupo na Clínica Dermatológica. Em sua última aula na cadeira de Dermatologia, realizada pouco depois, o professor recebeu novas homenagens de seus alunos. Finalmente, foi oferecido um coquetel ao professor Aguiar Pupo e senhora, ao qual compareceram seus colegas da Congregação da Faculdade de Medicina, discípulos e jornalistas.

Última aula

O professor Aguiar Pupo ministrou sua última aula como catedrático de Dermatologia e Sifiligrafia para os alunos do 3.º ano de Medicina da USP, na mesma sala que ocupou durante muitos anos. Pediu licença aos presentes para "dar uma aula como as outras" e desenvolveu um assunto que considera de grande importância: "Reações Cutâneas Puras de Brocq e Predisposições Mórbidas - Estudo dos síndromes cutáneos objetivos e suas correlações patogênicas" - Desenvolveu a aula normalmente, embora se notasse certa emoção em sua Quando terminou a exposição da matéria, que durou mais de uma hora, o professor foi aplaudido demoradamente pelos presentes.

Homenagens

Estiveram presentes à última aula do professor Aguiar Pupo o novo reitor da Universidade de São Paulo, Dr. Ulhóa Cintra, o diretor da Faculdade de Medicina da USP, professor Eurico Bastos, o Dr. Cantídio de Moura Campos, o professor Flamínio Favero, o Dr. Sinésio Rangel Pestana, tôda a congregação da Faculdade de Medicina e alunos.

O acadêmico Marden Ivan Negrão pronunciou a oração de despedida, em nome dos alunos, e fêz entrega de uma placa de bronze ao ex-professor, que a doou à Faculdade. O profesor Carlos da Silva Lacaz, catedrático de Microbiologia, saudou o profesor Aguiar Pupo em nome da Congregação. Em seguida foi descerrada, na sala de aula, pela espôsa do homenageado, uma placa de bronze com os seguintes dizeres: "Ao professor João de Aguiar Pupo - Catedrático de Dermatologia e Sifiligrafia - 4-9-1929 - 12-5-60 - Reconhecimento dos Discípulos". No encerramento da cerimônia, o diretor da Faculdade de Medicina pronunciou breve alocução de despedida.

Agradecimento

Ao retomar a palavra para agradecer as homenagens, o professor Aguiar Pupo disse que lamentava deixar a cátedra, após 50 anos de serviços públicos e acrescentou que em sua vida procurou seguir o lema de Ruy Barbosa: "Amei a Justiça, vivi do Trabalho e não abandonei o Ideal".

Concurso

O concurso para preenchimento da vaga deixada pelo Dr. Aguiar Pupo na cadeira de Dermatologia e Sifiligrafia será realizado possivelmente no fim do ano. Até então será ocupada interinamente pelo professor Sebastião Sampaio, que exerce atualmente as funções de assistente.

Fatos e algarismos

são decisivos

na escolha de um antidiabético orall

% de todos os diabéticos podem ser tratados com Rastinon com seguranço e sem perigo. As possibilidades de sucesso aumentam enormemente com a idade:

 θ_0' dos casos são ajustávels no inicia do diabetes em pacientes acima de quarenta anos de idade.

substâncias com ação sôbre a glicemia foram sintetizadas até hoje. Rastinon pravou ser o preparado com a melhor tolerância ao lado de um efeito seguro.

publicações na imprensa científica mundial provam a segurança da terapia oral do diabetes.

de diabéticos em tados os países do mundo devem até hoje as Rastinon a boa disposição e e bem estar de que desfrutam.

Sâmente tão extensas experiências clínicas e práticas permitem um julgamento da adequabilidade dum preparado para tratamento permanente.

RASTINON®

foi aprovade no decorrer de uma aplicação em escala mundial, satisfazendo as exigências mais críticas da clínica e da prática.



FAROWERKE

HOECHST A

FRANKFURT (M) - NOECHST

OSCHET DO SRASE Gyranica e Farmocéutica S.A. - tiu de lavatu C.A. 118

Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Posse da nova Diretoria. — Em sessão solene realizada no dia 4 de junho, na sua sede social, 4.º andar da Faculdade de Medicina, tomaram posse a nova Comissão Executiva e o novo Conselho Consultivo que regerão o futuro da Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no bienio 1960-1962.

A Comissão Executiva será composta pelos srs. Drs. Arnaldo Amado Ferreira, presidente; Olavo Marcondes Calazans, vice-presidente; José Papaterra Limongi, secretário geral; Névio Pimenta, 1.º secretário; Celeste Fava Netto, 2.º secretário; Anísio de Toledo, 1.º tesoureiro, e Plínio de Toledo Piza, 2.º tesoureiro. O Dr. Mario Cinelli Júnior tomará posse da presidência do Conselho Consultivo.

Instituto de Reabilitação

Certificados. - O Instituto de Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo está recebendo instruções para os técnicos em fisioterapia, terapia ocupacional e prótese ortopédica que desejem requerer o certificado por êle emitido. Os interessados deverão encaminhar, dentro de um ano após a publicação dêste regulamento, requerimento ao diretor do Instituto de Reabilitação, acompanhado dos seguintes documentos: certificado ou diploma de curso para técnico em fisioterapia, terapia ocupacional ou prótese ortopédica, realizado nos moldes dos cursos do

Instituto de Reabilitação; certificado de conclusão de curso ginasial (1.º ciclo, ficha modêlo 19); comprovante de idade mínima de 18 anos (completos até 31 de julho); atestado de saúde e vacina; fotocópia de prova de identidade; atestado de idoneidade moral.

Dentro de 90 dias após a entrega do requerimento, a direção do Instituto de Reabilitação marcará a data para a prova prático-oral à qual o interessado deve submeter-se. Maiores informações, pelos telefones 80-1702 ou 8-2161, ramal 115, das 8 às 12 horas.

Departamento de Profilaxia da Lepra

Criado o Serviço de Reabilitação dos Hansenianos no Estado de São Paulo. — Em decreto baixado dia 27 de maio do corrente ano, o governador Carvalho Pinto criou, a título experimental, o Serviço de Reabilitação do Departamento de Profilaxia da Lepra, da Secretaria da Saúde.

Esclarece o decreto que as atividades visando à reabilitação dos doentes de lepra, atribuídas aos Dispensários pelo Decreto 25.188, de 6 de dezembro de 1955, em tôdas as suas modalidades, passam a ser exercidas pelo Serviço de Reabilitação do Departamento de Profilaxia da Lepra.



novos rumos da **Antibioticoterapia** com a associação sinérgica de Colistin e Penicilina

onde o COLISTIN se destaca por sua marcante atividade contra germes gram-negativos — Coli, Hemofilos, Shigelas, Salmonelas, Aerobacter, Klebsiela, Pseudomonas e Proteus — e produtores de PENICILINASE,

reconquistando para a Penicilina sua atividade primitiva

COLICILIN

Associação de amplo espectro anti-bacteriano Não enseja resistência Tolerância perfeita Ausência de efeitos secundários

Indicações: Preventivamente no pré e pós-operatório e no tratamento de tôdas as infecções por germes Grampositivos e Gram-negativos.

Apresentação: Frasco-ampôla contendo:

Colistin (sob a forma de sulfato) 500.000 unidades

Penicilina G potássica 100.000 unidades

Penicilina G procainica . . . 300.000 unidades

acompanhado de 1 ampôla de diluente com 3 cm³.

Modo de usar: 1 a 2 ampôlas cada 24 horas.



Laboratorio Farmacêutico Internacional S.A.
Rua Lisboa, 890 - Fones 80-2135 e 80-2136 - São Paulo - Brasil

São atribuições do S. R.: a Ação Preventiva - Assistir os doentes desde o início conhecido de sua doença com o fim de impedir, na medida do possível, a formação de lesões físicas e traumas psíquicos; a Ação Corretiva, na assistência aos doentes considerados curados, com o fim de obter a recuperação das deficiências físicas

e perturbações psíquicas, remanescentes; Ação Social, na assistência aos recuperados com o fim de reintegrálos na sociedade, como capazes de prover sua própria subsistência.

Essas atividades serão desenvolvidas, respectivamente, pelos setores de Medicina, de Psicologia Médica e pelo

Setor Social.

Necrológio

Dr. Carlos José Botelho Júnior. -Faleceu no dia 12 de abril do corrente ano nesta Capital, aos 75 anos de idade, o Dr. Carlos José Botelho Júnior. O extinto, descendente de tradicionais troncos paulistas, era filho do senador Carlos Botelho e de D. Maria Constança de Brito Botelho, ambos falecidos. Formado pela Faculdade de Medicina de Paris, dedicou-se, durante quase tôda a vida, às pesquisas científicas anti-cancerosas. O Dr. Carlos Botelho Júnior era membro da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, membro da Associação Francesa para a Luta Contra o Câncer, ex-chefe do Laboratório do Centro Anticanceroso do Hotel Dieu, cavalheiro da Legião de Honra da França e foi condecorado com a medalha de honra de Assistência Pública de Paris. Foi êle o descobridor do método serodiagnóstico para o tratamento do câncer, o qual posteriormente foi chamado de "Rea-

ção Botelho".

Era casado com D. Alice Marie Palis Botelho, e irmão dos falecidos Antônio Carlos de Arruda Botelho, que foi casado com D. Olímpia Uchoa de Arruda Botelho e de D. Constanca Botelho de Macedo Costa, que foi casada com o Dr. Augusto de Macedo Costa, também falecido.

CONGRESSOS MÉDICOS

VII Congresso Interamericano de Radiologia

Realização em São Paulo. - Realizar-se-á em São Paulo, de 3 a 9 de setembro de 1961, o 7.º Congresso Inter-Americano de Radiologia, juntamente com a 8.ª Jornada Brasileira de Radiologia. Ambos os conclaves serão presididos pelo Dr. J. M. Cabello Campos, conselheiro para o Brasil do Colégio Inter-Americano de Radiologistas e ex-presidente do Colégio Brasileiro de Radiologia.

Os trabalhos de preparação do grande Congresso já estão iniciados, tendo sido constituída a Comissão Organizadora, cujos titulares se encarregarão do Congresso nos seus vários setores: Radiodiagnóstico, Radioterapia e Medicina Nuclear.

Serão realizados, além das sessões científicas de temas oficiais e temas livres, vários simpósios, conferências, seminários e cursos rápidos de revisão, durante a semana do Congresso.

Será realizada uma grande exposição técnico-comercial, com aparelhos e acessórios de uso radiológico, estando já a Comissão Organizadora em entendimentos com as autoridades do



Receite hoje o antibiótico de amanhã

PEN-VE-ORA

Comprimidos de Fenoximetil Penicilina (Penicilina V, cristalina)

A Penicilina V (Fenoximetil penicilina) è uma penicilina nova, absolutamente estavel em meio acido e rapidamente soluvel em meio alcalino. Porisso não é destruida no estômago e é ràpidamente absorvida no duodeno. Clinicamente produz níveis sanguineos mais elevados do que qualquer outra penicilina oral.



Indústrias Farmacêuticas

Fontoura-Wyeth P.A.

"Pioneira do Progresso em Antibióticos no Brasil"

Nos Estados Unidos: Wyeth Laboratories Inc. - Philadelphia No Brasil: Ind. Farm. Fontoura - Wyeth S. A. - São Paulo país, a fim de obter concessões especiais de importação para as firmas

expositoras.

Durante a semana do Congresso, haverá facilidades para os médicos que desejarem visitar serviços radiológicos do país nos dias que segui-

rem ao Congresso.

Está sendo cuidado igualmente um programa social, com visitas, passeios, excursões, para as pessoas que acompanham os membros das delegações do Congresso, estando as festividades a cargo de uma Comissão Social composta das senhoras dos radiológistas que organizam o Congresso.

No término do conclave serão realizadas excursões ao Rio de Janeiro, Brasília e Iguassu, além de outros pontos de interêsse turístico do país.

A Comissão Organizadora está assim constituída:

Comissão Central — Presidente: Dr. J. M. Cabello Campos; vice-presidentes: Drs. Nicola C. Caminha, Matias Roxo Nobre e Tede Eston de Eston; secretário geral: Dr. Walter Bomfim Pontes; subsecretário para América do Norte: Dr. Rafael Caccese; subsecretário para América do Sul: Dr. Renato Araújo Cintra; tesoureiro: Dr. Affonso Vitule Filho; membros: Drs. Paulo de Almeida Toledo, Oso-

lando J. Machado, Nelson Carvalho, Eduardo S. Cotrim, Camillo Segreto, Verônica R. Eston, António Ferreira Filho, Feres Secaf e António Clemente Filho.

Comissões das Sessões Científicas a) Radiodiagnóstico: presidente, Dr. Paulo Almeida Toledo; b) Radioterapia: presidente, Dr. Osolando J. Machado; c) Medicina Nuclear: presidente, Dr. Nelson Carvalho.

Comissões de Cursos e Seminários Dr. Eduardo S. Cotrim; b) Radioterapia: presidente, Dr. Camillo Segreto; c) Medicina Nuclear: presidente, Dra. Verônica R. Eston.

Comissão de Exposição Científica - Presidente, Dr. A. Ferreira Filho.

Comissão de Exposição Comercial
- Presidente, Dr. Feres Secaf.

Comissão de Recepção, Hospedagem e Turismo - Presidente, Dr. A. Clemente Filho.

Comissão Social — Visitas, passeios: presidente, Dr. Francisco Lanari do Val.

Comissão de Senhoras — Presidente: D. Maria José S. Campos.

Secretaria do Congresso: rua Marconi, 94, 2.º andar, São Paulo, Brasil.

I Congresso Latino Americano de Proctologia

Realização em São Paulo. - A Associação Latino-Americana de Proctologia fará realizar em São Paulo, de 11 a 17 de setembro, o I Congresso Latino-Americano e o II Congresso Internacional, simultâneamente com o X Congresso Brasileiro de Proctologia. Foram escolhidos para temas oficiais dos congressos, os seguintes: a) Megacólon adquirido e congênito; b) Câncer dos cólons; c) Retocolite ulcerativa; d) Ileostomias e colostomias. Os temas serão discutidos sob a forma de simpósio e mesa-redonda. Haverá, também, um colóquio sóbre moléstia hemorroidal.

Os temas oficiais serão discutidos por especialistas de renome mundial. O colóquio, orientado por um moderador, permite ampla troca de idéias entre todos os congressistas e, portanto, completa atualização sôbre o assunto. Serão realizadas conferências sôbre palpitantes problemas da especialidade, a cargo de proctologistas e cirurgiões mundialmente conhecidos. Paralelamente, às sessões científicas serão ministrados Cursos de Patologia Especializada, assim como Exposição Radiológica e exibição de filmes científicos. Serão desenvolvidos amplos programas sociais e tu-

REDOXON "Roche"

vitamina C sintética

indispensável

nos tratamentos pré e pós-operatórios, na prevenção do choque traumático, na terapêutica das queimaduras

acelera

a cicatrização das feridas, a consolidação das fraturas

em

comprimidos a 100, a 200 e a 500 (chocol.) mg comprimidos efervescentes a 1 g ampôlas a 100 e a 500 mg, bem como a 1 g gotas (solução a 200 mg por cm³)

> PRODUTOS ROCHE Químicos e Farmacêuticos S.A. Rua Morais e Silva, 30 - Rio de Janeiro

rísticos que estão sendo cuidadosamente elaborados. Já está assegurada a presença de Brooke, Truelove, Morson Turnubull, Jackman e Turell, dos Estados Unidos; Bauer e Stelzner, da Alemanha; Bensaude, da França; Hughes, da Austrália; além de inúmeros outros representantes de países, bem como do Canadá, Itália, Suécia, Portugal, Espanha, Israel e de todos os países da América Latina.

O assessoramento dos referidos congressos foi confiado ao Departamento de Relações Públicas do Laboratório Farmacêutico Internacional S.A.— LAFI, do qual a comissão tem recebido ampla cooperação. A diretoria dos congressos está assim constituída: Dr. Daher Cutait, presidente dos Congressos e da Associação Latino-Americana de Proctologia; Dr. Waldomiro Nunes, vice-presidente dos congressos e presidente da Sociedade Brasileira de Proctologia; secretários: Dr. Felipe José Figliolini, Dr. Helladio Francisco Capisano, Dr. José Thiago Pontes e Dr. Milton César Ribeiro. Sede: Avenida Brigadeiro Luiz Antonio, 278, 11.º andar (Associação Paulista de Medicina).

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Residência em Otorrinolaringologia

A Clínica Prof. José Kós, sede da Cátedra de Otorrinolaringologia da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, oferece "Residência", destinada a médicos que desejem se especializar em otorrinolaringologia. O período de residência é de um ano,

com acomodações no hospital e ajuda financeira.

Os interessados deverão se dirigir, pessoalmente ou por carta, à Clínica Prof. José Kós, Rua Moncorvo Filho n.º 104, Rio de Janeiro.

Associação dos Laboratórios Mead Johnson e Endochimica

Foi anunciada recentemente a associação da Indústria Farmacéutica En dochimica S. A. com a Mead Johnson & Company do Brasil, dois grandes fabricantes de produtos farmacéuticos.

A combinação dessas duas companhias significa a associação de mais de trinta anos de pesquisas e desenvolvimento da Mead Johnson & Company e de vinte anos de experiência no Brasil da Endochimica S. A. Ambas as companhias são pioneiras em muitos campos de medicamentos — a Mead Johnson, particularmente, na fabricação de produtos nutricionais e farmacêuticos e a Endochimica, desde a fundação da companhia em 1939, tem recebido amplo reconhecimento pelo seu trabalho no setor de hormónios.

Mead Johnson & Company mantém seus principais laboratórios e instalações para pesquisas em Evansville, Indiana, U.S.A. Outras firmas com interêsses ligados a esta emprêsa estão situadas em Toronto (Canadá), cidade do México (México), Bogotá (Colombia) e Buenos Aires (Argentina),

Mead Johnson/Endochimica — Indústria Farmacêutica S. A., ocupará a moderna fábrica da Endochímica S. A., localizada na Avenida Santo

AMINO-CRON

- TÓPICO -

Succinato	de	su	ıl	fa	ıı	ni	la	aı	m	i	d	a	S	ó	d	li	C	a	×	*		6,25 g
Mercuroci	romo)									*								*		*	2,00 g
Glicerina																						
Agua fer																						

No tratamento tópico das infecções estrepto-estafilocócicas

AMINO-CRON

- CIRÚRGICO -

Sulfanilamida — Mercurocromo — Álcool — Acetona.

Uso tópico, pré-operatório — Assepsia local



LABORATÓRIO YATROPAN S. A.

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 290 - Telefones: 35-8485 e 35-1013

Amaro, São Paulo. O atual laboratório e os meios de produção serão ampliados para fazer face aos numerosos produtos novos da Mead Johnson & Company e também tendo em vista os que estão sendo atualmente desenvolvidos pela própria Endochimica. Mead Johnson/Endochímica Indústria Farmacêutica S. A. receberá e empregará, na medida do possível, os resultados obtidos pela Mead Johnson & Company em suas contínuas pesquisas e experimentações no campo cada vez maior da medicina atual, bem como nos novos setores criados pela era atômica e espacial.

LITERATURA MÉDICA

Separatas e folhetos recebidos

Adhemar Nobre, uma vida a serviço de uma instituição. — Homenagem — Dr. Juvenal Marques. Semana Médica Comemorativa do 1.º Centenário da Real Benemérita Sociedade Portuguêsa de Beneficência 1859-1959. São Paulo, Brasil.

Alguns térmos e expressões médicas populares. — Prof. Ulysses Lemos Torres. São Paulo. Separata de Publicações Médicas, Ano XXIX, n.º 212.

A "alma mater" das Universidades é a Igreja Católica Apostólica Romana. — Oração gratulatória do Professor Dr. Ernesto de Souza Campos. São Paulo, 1959.

Anais da XII Semana Médica Regional do Norte do Paraná. — Sociedade Médica de Londrina, Paraná, Brasil, 1956.

Annual Report. — The South African Institute For Medical Research. For the Year 1958. Johannesburg.

Assistència hospitalar na poliomielite. – Dra. Lourdes de Freitas Carvalho. Separata da Revimédica, Vol. 2, janeiro-abril de 1957, n.º 1 e 2.

Aspetti medico-legali degli incidenti stradali. — Dr. Paulo de Albuquerque Prado, del Penitenziario Statale di San Paolo, Brasile. Estratto dal n.º 8, 1958 de La Reforma Medica, Napoli, Itália. Centenário de la Graduación del Dr. Carlos J. Finlay en el Jefferson Medical College, por el Dr. Carlos Salas Humara. Cuaderno de História Sanitária, n.º 10. La Habana, 1956.

Cirurgião-mor José Corrêa Picanço e o sepultamento nas Igrejas. — Carlos da Silva Araújo. Separata da Revista Laboratório Clínico, 3.º trimestre de 1958. Rio de Janeiro, Brasil.

Câncer incidence in Finland 1954. — E. Saxén and A. Korpela. Supplementum 79, dos Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae, Vol. 47, Helsinki, Finland 1958.

Clínica e terapêutica da uretrite crônica na mulher. — Geraldo V. de Azevedo. Docente livre de Clínica Urológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Chefe de Clínica Urológica da Policlínica de São Paulo, Cirurgião da Santa Casa de São Paulo (Serviço do Dr. Ayres Netto). Reimpressão do Livro do Jubileu Profissional do Dr. Ayres Neto, São Paulo, 1942.

Collateral coronary circulation produced by plastic prosthesis an experimental study — by Knut Heger. Supplementum 243, Acta Chirurgica Scandinavica, Stockholm, 1959.

Fracture of the os calcis and its treatment, II. — A contribution to the discussion on the treatment of calcaneus fracture based on an analysis of a ten-year material treated by closed reduction and traction, from Sentralsykehuset i Trondheim. By Arne Arnesen. Supplementum 234 of Acta Chirurgica Scandinavica, Trondheim, 1958.

Function test for peripheral arterial circulatory insufficiency in the lower extremities in obstructive arterial disease. Dr. Bjöm L. Lindström. Supplementum 242 of Act Chirurgica Scandinavica, Stockholm, 1959.

Gripe Asiática. — Manoel Bruno-Lobo. Trabalho apresentado em 30 de agósto de 1958 à Comissão Julgadora do concurso "Revista Médica do IPASE" e que, merecendo o Prêmio de 1958, foi editado por essa Instituição. A parte experimental dêste trabalho foi realizada no Instituto de Microbiologia da Universidade do Brasil, com a colaboração de J. Travassos, Gilda G. Bruno-Lobo e Júlia V. Vasconcellos, técnicos da Divisão de Vírus, sob a orientação científica do Professor Paulo de Góes.

Dr. Carlos J. Finlay y el "Hall of Fame" de New York. — Prólogo por el Dr. Serafin Ruiz de Zarate. Cuadernos de História n.º 15. Habana, Cuba. 1959.

Investigación de las lesiones encefálicas del boxeador. — Por el Dr. G. E. Allegre, Prof. P. Wertheimer, de Lyon. Apartado del Boletin de la Sociedade de Cirurgia del Uruguay. Tomo XXIX, Año 1958, n.º 2 e 3. Montevidéo, Uruguai, 1958.

La Academia Mejicana de Cirurgía, su genesis y transcendencia. — Por Manuel A. Manzanilla. México, D. F., 1958. La Venerologia del tombolo. — Tonino Mazzacurati. Instituto di Clinica Dermatologica dell'Università di Pisa. Edizione Omnia Médica. Pisa, Itália.

Mensagem à classe médica brasileira. – Pelo Dr. José Alves das Neves. Mineiros, Goiás.

Monagas y Beauperthuy, el héroe y el sábio. — Lino Iribarren — Celis. Separata del Boletin de la Academia Nacional de la História, n.º 163, juliosetiembre de 1958. Caracas, Venezuela. 1958.

Nephrogenic hypertension. — Pauli I. Tuovinen and Åntti Paalanen. Supplementum Annales Chirurgiae et Gynaccologiae Fenniae, Vol. 47, n.º 82, 1958. Helsinki, Finland, 1958.

Obra del patronato de leprosos de la Republica Argentina. — Publicacion del Patronato de Leprosos de la Republica Argentina. Hersilia Casares de Blaquier, Presidente General, n.º 16, Buenos Aires, Argentina, 1955.

Paracelso. — Carlos da Silva Araújo. Separata da revista Laboratório Clínico, 2.º trimestre de 1958, Rio de Janeiro, Brasil.

Pathogenesis of liver cancer in the Johannesburg area (S. Africa). — By John Higginson. Extrait de Acta Union Internationale Contre le Cancer. Vol. XIII, n.º 4-5, Johannesburg, 1957.

Parthenogêneses. — Dr. J. Pôrto Francesconi. A parthenogênese é uma homenagem da criatura ao criador, que escolheu êsse modo para baixar à terra. 1958.

ESTUDOS CIRÚRGICOS

6 volumes

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Tetrin N. (pirrolidinometil) tetraciclina

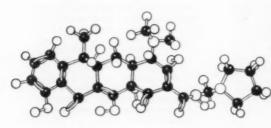
derivado de síntese da tetraciclina
2500 vêzes mais solúvel para uso injetável

VANTAGENS DO I.M.

Injeções menos dolorosas que as demais tetraciclinas Absorção rápida e eficaz no local da aplicação Níveis sanguíneos elevados e duradouros Uma única injeção diária

VANTAGENS DO I.V.

Níveis sanguíneos elevados e duradouros Injeção direta na veia * (350 mg em 10 cm3) em apenas 2 minutos Completamente indolor Sem os inconvenientes das injeções demoradas (gota a gota)



apresentações:

TETRIN ENDOVENOSO - 700 mg
Cada frasco-ampola contém:
N-(pirrolidinometil) tetraciclina... 700 mg
TETRIN ENDOVENOSO - 350 mg
Cada frasco-ampola contém:
N-(pirrolidinometil) tetraciclina... 350 mg
TETRIN I. M. - 150 mg
Cada frasco-ampola contém:
N-(pirrolidinometil) tetraciclina... 150 mg
TETRIN I. M. - 350 mg
Cada frasco-ampola contém:
N-(pirrolidinometil) tetraciclina... 350 mg

absorção rápida e eficaz no local da aplicação intramuscular

LABORTERAPICA-BRISTOL S. A. – Ind. Química e Farmacêutica RUA CARLOS GOMES, 924 (SANTO AMARO) SÃO PAULO

Técnica da apendicectomia(*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO
Diretor do Sanatrio São Lucas

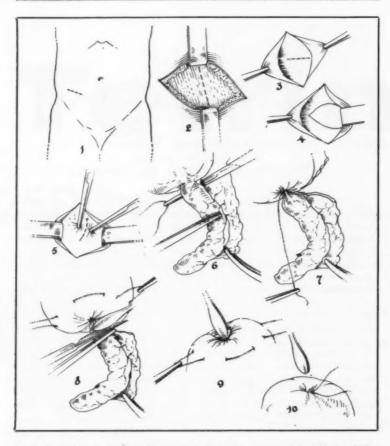
Houve tempo em que se dizia que a apendicectomia por apendicite crônica era o "pão nosso de cada dia" dos cirurgiões. Esse dito popular já não tem hoje a sua razão de ser. As operações sôbre o apêndicite já não oferecem aquela porcentagem alta em relação às demais intervenções que o cirurgião faz. Entretanto, ainda são muito frequentes. Não se deve estranhar, portanto, que se procurasse estandardizar a técnica da apendicectomia, principalmente da apendicectomia crônica, porque nos casos agudos a intervenção nem sempre pode obedecer a normas préestabelecidas. Na apendicectomia crônica, a técnica cirurgica pode ser estabelecida em tempos precisos, que podem cer executados com inteiro rigor. Houve um cirurgião argentino, o prof. Bosch Araña, que iniciou a sua série de divulgação de conduta cirúrgica, escrevendo um livro sôbre a sincronização da apendicectomia. O seu trabalho é bastante volumoso, porquanto êle gastou mais de 200 páginas só para expôr a estandardização do ato cirúrgico na apendicectomia. Numerosas têm sido as técnicas apresentadas e cada livro mostra uma maneira ligeiramente diferente de se realizar a extirpação do apêndice.

Em nosso Serviço, temos procurado a simplificação do ato cirúrgico. Usamos as mais simples manobras e procuramos evitar o emprego de instrumentos especiais para cada ato da intervenção. Com um mínimo de material, nós podemos realizar um grande número de operações.

Há normas gerais que o cirurgião deve ter sempre em mente ao realizar uma intervenção como a apendicectomia. Entre elas iremos destacando algumas.

Com relação à incisão, sempre que se realizar uma intervenção qualquer que seja, deve-se fazer uma incisão que classificamos de "suficiente": não deve ser nem demasiadamente pequena, nem excessivamente grande. As incisões pequenas, chamadas "incisões estéticas", nem sempre nos oferecem garantias de segurança razoaveis

^(*) Palavras proferidas em reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas, realizada em 24 de março de 1960.



para insistirmos nelas; da mesma maneira, as incisões demasiadamente grandes são desnecessárias, não vêm auxiliar no ato cirúrgico e muitas vêzes acarretam complicações pósoperatórias.

São numerosas as incisões apresentadas para fazer apendicectomia; muitas delas são perfeitamente satisfatórias; outras podem com mais frequência conduzir a eventrações, devendo ser evitadas. Em nossa experiência, nos casos típicos, em que o ceco se encontra na sua loja, temos usado com bastante frequência a incisão proposta por Scolo, que é uma incisão modificada da incisão de Jalaguier. Também usamos muitas vêzes a incisão de Elliot-Babcock, que por sua vez é modificação da incisão de McBurney, em que o talhe cutâneo é oblíquo enquanto que na de Elliot-Babcock ele é práticamente transverso, seguindo as linhas de fôrça da pele. Na incisão de Scolo, a incisão de Jalaguier é modificada apenas na questão

da abertura da bainha do grande reto do abdomen: em vez de se fazer uma abertura ao longo da bainha, junto à borda externa do musculo, abre-se a bainha anterior no sentido transverso, no sentido das fibras dessa bainha. Com isso há uma garantia muito maior quanto à profilaxia da eventração.

A incisão que usamos é uma incisão ligeiramente obliqua, que denominamos de "transversa", mas que, na realidade, não é uma incisão transversa, porque ela acompanha as linhas de pregueamento da pele do abdomen, uma vez que assim podemos obter cicatrizes muito mais estéticas, lineares, sem aquele alargamento que se produz em cicatrizes obliquas e nas demais quando há uma discordância de direção com as linhas de fôrça da pele.

Aberta a pele, vamos incisar a aponevrose do grande obliquo no sentido das suas fibras, de maneira a não fazer maiores estragos na sua contextura. Isso feito, afastam-se as bordas da aponevrose do grande obliquo e vão-se encontrar no plano profundo fibras musculares do pequeno obliquo e a bainha anterior do grande reto do abdomen. Essa bainha é incisáda á maneira de Scolo, transversalmente. no sentido das suas fibras e vamos então encontrar o músculo grande reto, que é afastado para o lado interno, para a linha mediana do abdomen. A bainha posterior, quando a incisão vai acima da arcada de Douglas, ou o peritôneo, quando essa incisão cai abaixo da arcada do Douglas, é que então se abre para a exposição da cavidade abdominal. Com essa incisão, normalmente se cai sôbre o ceco e muitas vêzes sem qualquer pesquisa vê-se diretamente o apêndice.

O apêndice deve ser tratado com todo cuidado, afim de não ser traumatizado, principalmente nos casos em que há processo subagudo. O cuidado principal do cirurgião deve ser o de não maltratar os orgãos abdominais; portanto aquêle pinçamento do ceco que normalmente aparece nas figuras dos livros clássicos não deve ser usado.

Procuramos fazer inicialmente a apresentação do apêndice com uma pinça comum de dissecção, que o toma ao nível da sua parte mediana; passamos em seguida uma pinça pontuda junto à base do apêndice, transfixando o meso apendicular. Essa pinça permite não só a passagem do fio que vai ligar o meso como também a de outra pinça que esmagará a base do apêndice, ali ficando a fim de nos dar a fixidez do ceco para podermos prosseguir na intervenção. O fio que foi passado pelo orifício de transfixão serve para a ligadura do meso, o que normalmente se faz num só tempo.

Muitas vêzes, quando o apêndice é muito longo ou quando há aderência, temos a necessidade de fazer a ligadura do meso em várias etapas, a fim de não termos demasiado volume de tecidos tomados num só nó, favorecendo o escape desse nó e ocasionando uma hemorragia de consequências imprevisíveis. Esse acidente, ambora muito raro, já tem ocorrido e portanto o detalhe merece consideração.

Uma vez seccionado o meso e suportado o apêndice por uma pinça que se fixa no seu meso, portanto sem comprometimento da parede apendicular, vamos fazer um novo pinçamento junto ao nó feito na base do apêndice. Entre ambos, colocamos uma pinça de Pean e ali seccionamos o apêndice, retirando o órgão e ficando o coto apendicular prêso pela pinça de Pean. Então êsse coto é tocado com iodo e invaginado numa bolsa de catgute previamente preparada. Com a maior simplicidade mergulhamos o coto apendicular e fazemos o fechamento da bolsa. A retirada da pinça de Pean não oferece dificuldade. Com esta técnica muito simples, temos bastante segurança e obtemos uma cicatriz perfeitamente boa, sem aderências, conforme temos verificado em atos operatórios posteriormente executados.

Era essa estandardização da apendicectomia que queriamos apresentar hoje. Devemos ter sempre em mente, ao se praticar uma apendicectomia, aquela condição, que foi a poucos dias aqui tratada, das anomalias de posição do ceco e do intestino. Nos casos de mesentério comum, o apêndice pode-se encontrar nas mais variadas situações na cavidade abdominal. No ceco invertido, encontra-se o apêndice no hipocondrio direito. Nesses casos, o apêndice sempre é fixado por bridas congenitas e a sua extirpação pode oferecer dificuldades mais ou menos grandes. Devemos lembrar que ainda a poucos dias encontramos um caso dêsses de ceco virado para cima. Tivemos necessidade de fazer, a 5 dedos acima da incisão que habitualmente fazemos, uma nova incisão para podermos descolar o apêndice. Usamos nesse caso, como em outras oportunidades temos feito, a manobra de Allende, proposta na operação de hérnia inguinal direita quando o cirurgião também deseja retirar o apêndice. Essa manobra aplicada à apendicectomia em tais circunstâncias é de um valor extraordinário: ela nos permite transferir para uma nova incisão a abertura do peritôneo, sem haver necessidade de abri-lo novamente. Como o peritôneo é escorregadiço, por trás dos músculos, a sua abertura pode ser passada a uma incisão até 10cm. distante da primeira, permitindo realizar o ato cirúrgico desejado.

A manobra de Allende, como se sabe, foi proposta por aquêle cirurgião de Córdoba, no sentido de se fazer a apendicectomia durante uma operação de hérnia inguinal direita. O saco herniário é transferido do orifício interior, profundo, do canal inguinal, por trás dos músculos largos do abdomen, para uma incisão mais alta e por aí se retira com grande facilidade o apêndice.

A incisão de Scolo dá um campo muito maior da cavidade abdominal do que as demais; mesmo assim, com ela, se necessário, temos conseguido a ampliação do campo, prolongando a abertura pelo lado dos músculos largos do abdomen. Basta fazermos a divulção dos músculos na continuação da incisão transversa da bainha do reto e teremos um campo operatório bastante alargado. Essa incisão é de grande utilidade nas mulheres, pois que podemos ter uma visibilidade fácil dos órgãos anexiais do lado direito, e às vêzes mesmo do lado esquerdo. Outra vantagem sua é a de nos permitir,

por uma incisão apendicular, fazer a alcoolização do plexo présacro, injetando álcool absoluto na região do promontório.

Quando há anomalias, naturalmente que elas trazem inconvenientes em todos os atos cirúrgicos, mesmo se o cirurgião está advertido da sua existência. Quando fazemos um exame radiológico previo e sabemos a situação exata do órgão que vamos retirar, então não há dificuldade nenhuma na escolha da incisão. Já uma vez, por uma pequena incisão no hipocôndrio direito, retiramos um apéndice previamente localizado pelo método radiológico e anos depois, por incisão no mesmo sitio, fizemos uma colecistectomia por litiase.

Isso mostra como a localização de uma incisão depende de um estudo mais completo do doente. Naturalmente que na grande maioria dos casos não fazemos exames radiológicos antes de um ato cirúrgico apendicular, principalmente nos casos agudos, onde não se justifica êsse exame. Sempre que indicado, e possível, o exame radiológico deve ser feito.

NOROCOLINA

Vaso-dilatador coronariano e diurético

FÓRMULA:

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- 1) Asma brônquica.
- Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sòzinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

MODO DE USAR:

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vêzes ao dia.

LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 - Fone 80-0684 - Caixa Postal, 487

VASODILATADORES HOUDÉ

PAPAVERINA HOUDÉ

RIGOROSA DOSAGEM

 Ampôlas
 Comprimidos
 Grânulos

 0,05 g
 0,10 g
 0,04 g

 0,10 g
 0,25 g
 0,25 g

OXYPHYLLINE HOUDÉ

SAL DE TEOFILINA SOLÚVEL, ESTÁVEL E NEUTRO

Injeções intramusculares não dolorosas

Comprimidos Ampôlas 0,15 g 0,30 g

OXYPHYLLINE HOUDÉ COMPOSTA

 $\begin{array}{c|cccc} Comprimidos & Ampôlas \\ Oxyphylline & ... & 0,15 \ g \\ Papaverina & ... & 0,04 \ g \\ Fenobarbital & ... & 0,01 \ g \\ \end{array} \begin{array}{c} Oxyphylline & ... & 0,30 \ g \\ Papaverina & ... & 0,06 \ g \\ \end{array}$

NOKHELLINE HOUDÉ

DERIVADO HIDROSSOLÓVEL E ATÓXICO DA KHELLINE

Ampôlas 0,05 g de amikhelline

NOKHELLINE HOUDÉ COMPOSTA

Drágeas

 Amikhelline
 0,05 g

 Papaverina
 0,05 g

 Fenobarbital
 0,01 g

LABORATÓRIO F. PIERRE S/A

Rio – Caixa Postal, 489 Telefone 52-1556 S. PAULO — Caixa Postal, 606 Telefone 36-5111

A responsabilidade profissional do anestesista(*)

Dr. Affonso Renato Meira

Assistente da Cadeira de Higiene e Odontologia Legal da Faculdade de Farmácia e Odontologia da Universidade de São Paulo.

Com o passar dos tempos, o progresso tem se feito presente em todos os cantos do mundo. No campo da cultura, das artes e das ciências tem se conseguido a cada dia que passa, obter novos triunfos, assegurando às gerações que se sucedem confôrto e estabilidade cada vez maior. Assim é na Medicina.

E em virtude dos esforços e sacrifícios, de abnegados realizadores de experiências e estudos, possui hoje em dia o médico à sua disposição um arsenal de armas para combater as doenças e proteger a saúde, superior ao do passado. E no futuro terá condições superiores às presentes. E assim será sucessivamente com o caminhar dos tempos. Devido a êsse progresso cada vez maior, mais extenso são os conhecimentos da Medicina e mais premente se faz a necessidade de especialistas, que, sem desconhecerem o global de sua profissão, devem conhecer profundamente o ramo da sua especialidade.

Em razão dêstes fatos surgiu a Anestesiologia como uma especialidade independente dentro da Medicina, e o médico anestesista ou anestesiologista como um especialista a quem cabe uma das grandes missões da profissão: minorar o sofrimento dos pacientes, abolindo-lhes a dôr.

Com isso, se de um lado méritos, louvores e satisfação pode ter o médico que se dedica a êsse ramo da medicina, por outro lado deve êle, e muito, cuidar das suas responsabilidades morais e legais. No estado atual do progresso da Medicina, não se pode compreender a anestesia — principalmente nos maiores centros — a não ser realizada por médicos, e mais, por médicos especialistas. Infelizmente, entretanto, ganhou o especialista em Anestesiologia uma posição ingrata dentro da Medicina, pois é êle, muitas vêzes, considerado o culpado de acidentes imprevisíveis e incalculáveis. Assim muitas vêzes é chamado a responder judicialmente por fatos de que culpa

^(*) Considerações apresentadas à Sociedade Médica São Lucas em 19 de junho de 1960.

alguma tem. Tal estado de coisas está chegando a ser rotineiro em alguns países, Em nosso meio se não é frequente, também não é raro. Deve o médico, e em especial o anestesiologista, conhecer, para poder se precaver, a sua responsabilidade profissional.

No capítulo VI do Código de Ética Médica que trata da respon-

sabilidade profissional encontramos o artigo 45:

Art. 45 — O médico responde civil e penalmente por atos profissionais danosos ao cliente, e que tenham dado causa por imperícia, imprudência ou negligência.

O Código Civil em seu artigo 159 dispõe: "Aquele que por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência violar direito ou causar prejuizo a outrem fica obrigado a reparar o dano".

E no artigo 1.545: Os médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras e dentistas são obrigados a satisfazer o dano, sempre que da imprudência, negligência ou imperícia em atos profissionais, resultar morte, inabilitação de servir, ou ferimento.

Está obrigado portanto e de maneira específica o médico a satisfazer o dano se por acaso é êle o causador. Diz mais, porém, ainda o Código Brasileiro:

Art. 1.518 — Os bens do responsável pela ofensa ou violação do direito de outrem ficam sujeitos à reparação do dano causado; e, se tiver mais de um autor a ofensa, todos responderão solidàriamente pela reparação.

Art. 1.526 — O direito de exigir reparação, e a obrigação de presta-la transmitem-se com a herança, exceto nos casos que êste Código excluir.

Mas sòmente a reparação material ou financeira do dano causado pelo médico não o exime de penas. O Código Civil em seu artigo 1.525 diz:

Art, 1.525 — A responsabilidade civil é independente da criminal; não se poderá, porém, questionar mais sôbre a existência do fato ou quem seja seu autor quando estas questões se acharem decididas no crime.

Vejamos agora o que diz o Código Penal Brasileiro a respeito: Art. 11 — O resultado, de que depende a existência do crime, sòmente é imputável a quem lhe deu causa. Considera-se causa a

ação ou omissão sem a qual o resultado não teria ocorrido.

 \S único — A superveniência da causa independe exclui a imputação quando, por si só, produziu o resultado; os fatos anteriores, entretanto, imputam-se a quem os praticou.

Art. 15 - Diz o crime:

- I doloso, quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo;
- II culposo, quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia.

§ único — Salvo os casos expressos em lei, ninguém pode ser punido por fato previsto como crime, senão quando o pratica dolosamente.

O caso da responsabilidade profissional médica se compreende entre as exceções, pois para distinguí-la da responsabilidade comum são necessárias 5 condições:

1) O agente ser médico legalmente habilitado para exercer a profissão; 2) o ato profissional, isto é, um ato especificamente referente à profissão de médico; 3) ausência de dolo, pois se houvesse estaria o médico enquadrado na responsabilidade criminal comum; 4) existência de dano; 5) nexo entre causa e efeito.

As penas a que o médico pode estar sujeito são variáveis e estão de acôrdo com o dano corporal causado. O artigo 129 do Código Penal é que as regem:

Art. 129 – Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:

Pena - detenção, de três meses a um ano.

§ 1.º – Se resulta:

 I – incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias;

II - perigo de vida;

III – debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV - aceleração de parto:

Pena - reclusão, de um a cinco anos.

§ 2.º – Se resulta:

I - incapacidade permanente para o trabalho;

II – enfermidade incurável;

III – perda ou inutilização de membro, sentido ou função;

IV – deformidade permanente;

V - abôrto:

Pena - reclusão, de dois a oito anos.

§ 3.º — Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo:

Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

§ 4.º — Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um têrço.

 $\S 5.^{\circ} - O$ juiz, não sendo graves as lesões, pode ainda substituir a pena de detenção pela de multa, de duzentos cruzeiros a dois mil cruzeiros:

I - se ocorrer qualquer das hipóteses do parágrafo anterior;

II – se as lesões são recíprocas.

§ 6.º - Se a lesão é culposa:

Pena - detenção, de dois meses a um ano.

§ 7.º – No caso de lesão culposa, aumenta-se a pena de um têrço, se ocorre qualquer das hipóteses do art. 121, § 4.º.

O artigo 121 diz:

Art. 121 - Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

§ 4.º — No homicídio culposo, a pena é aumentada de um têrço, se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte, ofício ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as conseqüências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante.

Portanto gravita a responsabilidade profissional do médico em

tôrno da negligência, imprudência e imperícia.

Pode o anestesiologista menos avisado, incidir nessas três figuras da lei. É o que acontece infelizmente ainda com aquêles anestesistas que negligenciam não fazendo uma exame pré-operatório minucioso; não observando o seu paciente de maneira cuidadosa enquanto se processa a anestesia; não testando sua aparelhagem antes de usá-la; enfim não observando a série de regras rotineiras dessa especialidade.

É o que acontece com alguns outros que imprudentemente lançam mão de técnicas novas sem terem já sedimentado conhecimentos a seu respeito, ou procuram variantes de técnicas conhecidas, muitas vêzes ultrapassando as doses de segurança dos diferentes medicamentos. Podem assim também ser indiciados como infratores de nosso Código.

Finalmente é o que acontece com aquêles que não têm a perícia necessária, aquêles que não tendo conhecimentos ministram anestesia geral. Podem êstes também pagar por êsses abusos. Não basta legalmente ser habilitado para o exercício da medicina, a lei quer e sàbiamente que o médico seja conhecedor da especialidade que

exerce.

Convém que os anestesistas mantenham êsses preceitos legais sempre presentes para poderem, agindo corretamente se defenderem quando acusados injustamente.

O ônus que se paga ao progresso e a especialização é a responsabilidade profissional. Não se pode esquecer dela!

"A Cirurgia no Sanatório São Lucas"

2 VOLUMES

Preço Cr\$700,00

INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)

+

RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0655 SÃO PAULO

STRYCHNANEURIN B₁₂

(VITAMINA B₁₂+VITAMINA B₁+SULFATO DE ESTRICNINA)

Tónico neuro-muscular por excelência

Strychnaneurin B₁₂ 50 mcg

(1 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B₁ + Vitamina B₁₉)

Strychnaneurin B₁₃ 100 mcg

(2 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B₁ + Vitamina B₁₈)

Strychnaneurin B₁₂ 500 ou 1.000 mcg

(2 mg Sulfato de estricnina + 100 mg Vitamina B₁ + Vitamina B₁₀)

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

LABORATÓRIOS NOVOTHERAPICA S. A.

Rua Pedroso de Morais, 1157 — Fone 80-2171 — São Paulo



Novo

equipamento para administração parenteral

- máxima garantia de qualidade!

Para ser usado uma única vez, o Equipamento para Administração Parenteral Baxter V14 6 absolutamente:

- * Higiênico
- * Inviolável
- * Estéril
- * Apirogênico
- * Econômico

Não permita reações pirogênicas em seus pacientes. Use exclusivamente os Equipamentos Baxter V14 - absoluta proteção contra qualquer contato com o meio externo.

Para administração de sangue, use o Equipamento Baxter V18 - o mesmo equipamento com filtro de nylon.

Fabricado no Brasil por:

INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.

Matriz: Rio de Janeiro - Rua Real Grandeza, 293 - Telef.: 46-8050 - - Cx. Postal 3.705 - End. Teleg.: "Picot",
Laboratórios: Duque de Caxias (RJ) — Rua Campos, 543

Filial: São Paulo - Rua Ruy Barbosa, 168 - 170 - Telef.: 32-9626 - Enderêço Telegráfico: "Baxter"

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

		Cr
Capa externa (12×19 cm)	por vez	 7,000,00
Capa interna (12×19 cm)		
1 página (12×19 cm)		
% página (9×12 cm)	por ves	 3.500,00
% página (9×5,5 cm)		
Encarte por vez		

LIO PREFISOL

EXTRATO DA HIPÓFISE ANTERIOR LIOFILIZADO

Contém os hormônios elaborados pelo lobo anterior da glândula hipofisária bovina em forma liofilizada.

- * Desenvolvimento somático retardado
- * Distrofia adiposo-genital
- * Hipogenitalismo masculino da idade pré-puberal
- * Magreza hipofisária
- * Pan-hipopituitarismo
- * Caquexia hipofisária

APRESENTAÇÃO: Frasco-ampôle com 60 U.P.

OPOTERÁPICA NESPA S/A.

Rua França Pints, 616/628 — Tels. 7-6902/7-1804 SÃO PAULO, BRASIL

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAULIO COMES, 25 - 4.º Ander - TELEFONES 4-7744 e 8-5445

PROFENAMIN COMPOSTO



AMPOLAS

COMPRIMIDOS

SUPOSITÓRIOS

PROFENAMIN COMPOSTO alia em sua fórmula três elementos de efeito decisivo no combate às sindromes dolorosas

I ANTISPASMÓDICOS = PROFENAMINA

II ANALGESICO = STEGALGIN

III SEDATIVOS = DERIVADOS DA MALONILUREIA

PROFENAMIN COMPOSTO não é entorpecente

INDICAÇÕES:

Cálicas hepáticas, nefréticas, vesicais, dismenorréla, pré e pós operatório, dores dos cancerosos, sindromes dolorosos do trato genito-urinário, ameaças de aborto, dores sub-intrantes do parto, enxaqueca.

* *

Laboratório Sintético Ltda.

Rua Tamandaré, 777 · Tel. 36-4572

SÃO PAULO

